

26

Directores del capítulo
*Paule Rey y
Michel Lesage*

Sumario

Enfermedades relacionadas con el trabajo y enfermedades profesionales: lista internacional de la OIT <i>Michel Lesage</i>	26.2
Indemnización por accidentes de trabajo: tendencias y perspectivas <i>Paule Rey</i>	26.6
Prevención, rehabilitación e indemnización en el sistema alemán de seguro de accidentes <i>Dieter Greiner y Andreas Kranig</i>	26.17
Seguro e indemnización de las lesiones profesionales en Israel <i>Haim Chayon</i>	26.22
La indemnización por accidentes de trabajo en Japón <i>Kazutaka Kogi y Haruko Suzuki</i>	26.26
Estudio de caso: Suecia <i>Peter Westerholm</i>	26.30

● ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES: LISTA INTERNACIONAL DE LA OIT

Michel Lesage

En 1919, año de su creación, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) definió el ántrax como enfermedad profesional. En 1925 se estableció la primera Lista de enfermedades profesionales de la OIT en virtud del Convenio nº 18, relativo a la indemnización por enfermedades profesionales. En él se incluían tres enfermedades. Poco después fue modificado por el Convenio nº 42, de 1934, en el que figuraban diez enfermedades. En 1964 la Conferencia Internacional del Trabajo aprobó un nuevo Convenio (nº 121) sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Al Convenio se unió como anexo una Lista de enfermedades profesionales, lo que permitía su modificación sin necesidad de adoptar un nuevo convenio (OIT 1964).

Definición de las enfermedades relacionadas con el trabajo y de las enfermedades profesionales

En la tercera edición de la *Enciclopedia de salud y la seguridad en el trabajo* se distinguía, respecto a los procesos patológicos susceptibles de afectar a los trabajadores, entre las enfermedades causadas por el trabajo (enfermedades profesionales) y las agravadas por el trabajo o que tienen una mayor incidencia por causa de las condiciones de trabajo (enfermedades relacionadas con el trabajo) separándose ambas de las enfermedades no asociadas a la actividad laboral. No obstante, en algunos países, las enfermedades relacionadas con el trabajo se asimilan a las enfermedades profesionales. Los conceptos de enfermedad profesional y de enfermedad relacionada con el trabajo han sido siempre objeto de debate.

En 1987, un comité de expertos conjunto de la OIT y la OMS sobre salud en el trabajo propuso que el concepto de *enfermedades relacionadas con el trabajo* se aplicase, no solamente a las enfermedades profesionales reconocidas, sino también a otros trastornos a cuya aparición contribuyen significativamente, como factores causales, el medio ambiente laboral y la realización del trabajo (Comité Mixto OIT/OMS sobre Salud en el Trabajo 1989).

Si resulta evidente la existencia de una relación causal entre un determinado riesgo profesional y una enfermedad específica, ésta se suele clasificar, tanto médica como jurídicamente, como enfermedad profesional, y se puede definir como tal. Sin embargo, no todas las enfermedades relacionadas con el trabajo son susceptibles de una definición tan específica. En efecto, en el número 1 del apartado 6 de la Recomendación nº 121 de la OIT de 1964 sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, aparece la definición siguiente: "Todo Miembro debería, en las condiciones establecidas, considerar como enfermedades profesionales las que se sabe provienen de la exposición a sustancias o condiciones peligrosas inherentes a ciertos procesos, oficios u ocupaciones".

No obstante, no siempre es fácil establecer si una determinada enfermedad está relacionada con el trabajo. De hecho, muchas de ellas están asociadas de un modo u otro con una profesión o con las condiciones de trabajo. Por una parte, están las clásicas enfermedades de naturaleza profesional, por lo general vinculadas a un agente causal y relativamente fáciles de identificar; por otra, existen múltiples trastornos que carecen de una

relación estrecha o específica con una profesión y pueden obedecer a numerosas causas.

Muchas de estas enfermedades de etiología múltiple pueden estar relacionadas con el trabajo sólo en determinadas circunstancias. Esta cuestión se debatió en un simposio internacional dedicado a las enfermedades relacionadas con el trabajo que la OIT organizó en Linz, Austria, en octubre de 1992 (OIT, 1993). La diversidad de relaciones entre trabajo y enfermedad se tradujo en el reconocimiento de las categorías siguientes:

- *enfermedades profesionales*, reconocidas como tales y con una relación específica o poderosa con una profesión, debidas, por lo general, a un único agente causal;
- *enfermedades relacionadas con el trabajo*, de etiología compleja, debidas a múltiples agentes causales, de cuya evolución pueden ser factores coadyuvantes las condiciones del medio ambiente de trabajo, combinadas con otros factores de riesgo;
- *enfermedades que aquejan a la población trabajadora*, que, si bien carecen de un nexo causal con el trabajo, pueden verse agravadas por los riesgos sanitarios de origen laboral.

Criterios de identificación de las enfermedades profesionales en general

La definición de las enfermedades profesionales se basa en dos elementos centrales:

- la relación exposición-efecto entre un determinado medio ambiente de trabajo o actividad y una cierta enfermedad;
- el hecho de que la enfermedad tenga entre la población trabajadora una incidencia superior a la morbilidad media del resto de la población.

Resulta evidente que para establecer la relación exposición-efecto de una determinada enfermedad profesional y la correlativa actividad propia de determinadas profesiones, son indispensables: (a) datos clínicos y patológicos, y (b) un análisis de los antecedentes laborales y del puesto de trabajo, siendo también de interés (c) los datos epidemiológicos.

Por regla general, los síntomas no son lo suficientemente específicos para permitir un diagnóstico de la enfermedad profesional sobre bases distintas de los cambios patológicos generados por los factores físicos, químicos, biológicos y de otro tipo que están presentes en el desarrollo de la actividad profesional. Es normal, por tanto, que, como consecuencia de un mejor conocimiento de la actuación de los factores comentados, del incremento sostenido del número de sustancias utilizadas y de la calidad o de la variedad de los agentes utilizados, sea cada vez más posible efectuar un diagnóstico correcto y, al mismo tiempo, ampliar el abanico de estas enfermedades. Paralelamente el auge de la investigación en este campo, el desarrollo y perfeccionamiento de las encuestas epidemiológicas han contribuido en gran medida a enriquecer el conocimiento de la relación entre exposición y efectos, lo que ha facilitado, entre otras cosas, la identificación y definición de diversas enfermedades profesionales. En la práctica, la identificación del origen profesional de una enfermedad es un ejemplo típico de toma de decisiones clínicas o de epidemiología clínica aplicada. La determinación del origen de una enfermedad, lejos de constituir una ciencia exacta, es una cuestión de juicio basado en un análisis crítico de los elementos disponibles, entre los que se deben incluir los siguientes:

- *Intensidad de la asociación*. Se observa un incremento evidente de la enfermedad profesional en función de la exposición a un riesgo.
- *Concordancia*. Los resultados de investigaciones suelen presentar resultados y conclusiones similares.

- *Especificidad.* La exposición al riesgo se traduce en un patrón claramente definido de la enfermedad o enfermedades y no en un simple incremento de las causas de morbilidad o de mortalidad.
- *Horizonte temporal adecuado.* La enfermedad se produce después de la exposición, dentro de un período determinado.
- *Gradiente biológica.* A mayor nivel de exposición, mayor gravedad de la enfermedad.
- *Plausibilidad biológica.* De acuerdo a los datos aportados por las características toxicológicas, químicas, físicas y de otro tipo del riesgo estudiado, es correcto, desde el punto de vista biológico, afirmar que la exposición genera una determinada alteración.
- *Coherencia.* Una síntesis global de las evidencias (epidemiología humana, estudios en animales, etc.) lleva a la conclusión de que existe una relación causal en sentido amplio y desde la perspectiva del sentido común.

La magnitud del riesgo es otro elemento básico generalmente utilizado en la determinación del origen profesional de una enfermedad. Los criterios cuantitativos y cualitativos desempeñan una función importante en la evaluación del riesgo de contraer una enfermedad profesional. Este riesgo se puede expresar en función, bien de su magnitud (por ejemplo, las cantidades empleadas de una determinada sustancia, el número de trabajadores expuestos, los índices de prevalencia de la enfermedad en diferentes países, etc.), bien de la gravedad del riesgo, evaluada en base a sus efectos sobre la salud del trabajador (es decir, la probabilidad de que produzca cáncer o mutaciones, o que, con el tiempo, sea causa de incapacidad). Es de subrayar que las cifras disponibles sobre los índices de prevalencia y sobre la gravedad de las enfermedades profesionales se deben tomar con cierta reserva, justificada por la existencia de diversos procedimientos de notificación de los casos y de recogida y evaluación de los datos. Esto mismo ocurre en lo que respecta al número de trabajadores expuestos, dado que las cifras son, a veces, aproximaciones.

Por último, en el ámbito internacional, es preciso tomar, asimismo, en consideración un factor sumamente importante: el reconocimiento del carácter profesional de la enfermedad en cierto número de países constituye un importante criterio para su inclusión en la lista internacional. Se puede afirmar que su inclusión en la lista de enfermedades comprendidas en la cobertura de las prestaciones demuestra tanto la considerable importancia socioeconómica de la enfermedad como que sus factores de riesgo son conocidos y han alcanzado una gran difusión.

Resumiendo, los criterios de inclusión de una nueva enfermedad profesional en la lista internacional son: la intensidad de la relación entre exposición y efectos; la aparición de la enfermedad junto con una determinada actividad o un medio ambiente de trabajo concreto (que comprende tanto la aparición del cuadro como una naturaleza específica de esta relación); la magnitud del riesgo, medida sobre la base del número de trabajadores expuestos o de la gravedad del riesgo; y la inclusión de la enfermedad en varias listas nacionales.

Criterios de identificación de una enfermedad determinada

Tanto la relación entre exposición y efectos (esto es, la relación entre la exposición y la gravedad del daño causado al individuo) como la relación entre exposición y respuesta (esto es, la vinculación entre la exposición y el número de individuos afectados) son importantes en la descripción de las enfermedades profesionales, que se ha desarrollado considerablemente en el último decenio gracias a los esfuerzos de investigación y a los estudios epidemiológicos. Estos conocimientos de la relación causal entre enfermedad y exposición en el lugar de trabajo nos han permitido

mejorar la definición clínica de las enfermedades profesionales. Unido a ello la definición legal de la enfermedad profesional, que era en otro tiempo un asunto bastante complejo, se asocia ahora cada vez más a las definiciones clínicas. El ordenamiento jurídico que regula los derechos a la percepción de prestaciones varía de un país a otro. En el artículo 8 del Convenio nº 121, sobre las prestaciones en caso de accidente del trabajo o enfermedades profesionales, en el que se relacionan las diversas opciones relativas a la elaboración de las listas de enfermedades profesionales comprendidas en el sistema de prestaciones a los trabajadores, se establece lo siguiente:

Todo Miembro deberá:

a) establecer una lista de enfermedades en la que figuren, por lo menos, las que se enumeran en el cuadro I del presente Convenio y que serán reconocidas como enfermedades profesionales cuando sean contraídas en las condiciones predefinidas;

(b) incluir en su legislación una definición general de enfermedad profesional, que deberá ser suficientemente amplia para que abarque, por lo menos, las enfermedades enumeradas en el cuadro I del presente Convenio;

(c) establecer una lista de enfermedades en cumplimiento del apartado a), añadiendo, además, una definición general de enfermedad profesional o bien otras disposiciones que permitan establecer el origen profesional de las enfermedades que no figuran en la lista o que se manifiestan bajo condiciones diferentes a las predefinidas.

El punto a) es lo que se denomina *sistema de listas*; el punto b) *sistema de definición genérica o de cobertura global*, y el punto c) *sistema mixto*.

Si bien el sistema de lista tiene el inconveniente de que únicamente comprende un determinado número de enfermedades profesionales, presenta la ventaja de relacionar las enfermedades que se presumen de origen profesional. En este sistema suele ser muy difícil, si no imposible, demostrar la relación causal directa entre una enfermedad y la profesión del paciente. En el número 2 del apartado 6 de la Recomendación nº 121 se establece que "el origen profesional de estas enfermedades debería presumirse, salvo prueba en contrario" (*en las condiciones preestablecidas*). Este sistema presenta asimismo la importante ventaja de indicar claramente dónde se debe centrar la prevención.

En teoría, el sistema de la definición genérica abarca la totalidad de las enfermedades profesionales; si bien el ámbito previsto en él, más amplio y flexible, corresponde al afectado demostrar el origen profesional de la enfermedad y no se pone especial acento en la prevención específica.

En vista de la sensible diferencia existente entre una definición genérica y una lista de enfermedades específicas, muchos Estados miembros de la OIT han optado por el sistema mixto, que combina las ventajas de los otros dos y está libre de sus inconvenientes.

Lista de enfermedades profesionales

Convenio nº 121 y Recomendación nº 121

La lista de la OIT desempeña una función clave en la armonización del desarrollo de la política relativa a las enfermedades profesionales y a la promoción de su prevención. De hecho, ha logrado una importancia considerable en el campo de la salud y la seguridad en el trabajo. En ella se especifican claramente los trastornos o enfermedades susceptibles de prevención. En realidad, la lista no incluye la totalidad de las enfermedades profesionales; su objeto es exponer las que tienen mayor

Tabla 26.1 • Lista de enfermedades profesionales propuesta por la OIT.

1.	Enfermedades causadas por agentes	1.1.26	Enfermedades debidas al selenio o sus compuestos tóxicos
1.1	Enfermedades causadas por agentes químicos	1.1.27	Enfermedades debidas al cobre o sus compuestos
1.1.1	Enfermedades causadas por el berilio o sus compuestos tóxicos	1.1.28	Enfermedades debidas al estaño o sus compuestos
1.1.2	Enfermedades causadas por el cadmio o sus compuestos tóxicos	1.1.29	Enfermedades debidas al zinc o sus compuestos tóxicos
1.1.3	Enfermedades causadas por el fósforo o sus compuestos tóxicos	1.1.30	Enfermedades debidas al ozono o al fosgeno
1.1.4	Enfermedades causadas por el cromo o sus compuestos tóxicos	1.1.31	Enfermedades debidas a sustancias irritantes: benzoquinona y otras sustancias irritantes de la córnea
1.1.5	Enfermedades causadas por el manganeso o sus compuestos tóxicos	1.1.32	Enfermedades causadas por cualquier otra sustancia química no mencionada en los anteriores apartados 1.1.1 a 1.1.31, siempre que se establezca una relación entre la exposición del trabajador a la sustancia en cuestión y la enfermedad sufrida
1.1.6	Enfermedades causadas por el arsénico o sus compuestos tóxicos	1.2	Enfermedades causadas por agentes físicos
1.1.7	Enfermedades causadas por el mercurio o sus compuestos tóxicos	1.2.1	Afección auditiva producida por el ruido
1.1.8	Enfermedades causadas por el plomo o sus compuestos tóxicos	1.2.2	Enfermedades causadas por las vibraciones (afecciones de los músculos, de los tendones, de los huesos, de las articulaciones, de los vasos sanguíneos o de los nervios periféricos)
1.1.9	Enfermedades causadas por el flúor o sus compuestos tóxicos	1.2.3	Enfermedades causadas por el trabajo en aire comprimido
1.1.10	Enfermedades causadas por el disulfuro de carbono	1.2.4	Enfermedades causadas por las radiaciones ionizantes
1.1.11	Enfermedades causadas por los derivados halogenados tóxicos de los hidrocarburos alifáticos o aromáticos	1.2.5	Enfermedades causadas por las radiaciones térmicas
1.1.12	Enfermedades causadas por el benceno o sus homólogos tóxicos	1.2.6	Enfermedades causadas por las radiaciones ultravioletas
1.1.13	Enfermedades causadas por los derivados nitrados y aminicos tóxicos del benceno o de sus homólogos	1.2.7	Enfermedades debidas a temperaturas extremas (por ejemplo, insolación, congelación)
1.1.14	Enfermedades causadas por la nitroglicerina u otros ésteres del ácido nítrico	1.2.8	Enfermedades causadas por cualquier otro agente físico no mencionado en los anteriores apartados 1.2.1 a 1.2.7, siempre que se establezca una relación directa entre la exposición del trabajador al agente físico en cuestión y la enfermedad sufrida
1.1.15	Enfermedades causadas por los alcoholes, los glicoles o las cetonas	1.3	Agentes biológicos
1.1.16	Enfermedades causadas por sustancias asfixiantes: monóxido de carbono, cianuro de hidrógeno o sus derivados tóxicos, sulfuro de hidrógeno	1.3.1	Enfermedades infecciosas o parasitarias contraídas en una actividad que implique un riesgo especial de contaminación
1.1.17	Enfermedades causadas por el acetonitrilo	2.	Enfermedades por sistemas orgánicos afectados
1.1.18	Enfermedades causadas por los óxidos de nitrógeno	2.1	Enfermedades profesionales de las vías respiratorias
1.1.19	Enfermedades causadas por el vanadio o sus compuestos tóxicos	2.1.1	Neumoconiosis causada por polvos minerales esclerógenos (silicosis, antracosilicosis, asbestosis) y silicotuberculosis, siempre que la silicosis sea una causa determinante de incapacidad o muerte
1.1.20	Enfermedades causadas por el antimonio o sus compuestos tóxicos	2.1.2	Bronconeumopatías causadas por el polvo de metales duros
1.1.21	Enfermedades causadas por el hexano		
1.1.22	Enfermedades dentales debidas a los ácidos minerales		
1.1.23	Enfermedades debidas a los agentes farmacéuticos		
1.1.24	Enfermedades debidas al talio o sus compuestos		
1.1.25	Enfermedades debidas al osmio o sus compuestos		

Continúa en la página siguiente.

Tabla 26.1 • Lista de enfermedades profesionales propuesta por la OIT.

Continuación.

2.1.3	Enfermedades broncopulmonares causadas por el polvo de algodón, de lino, de cáñamo o de sisal (bisinosis)	(c) Concentración excesiva de esfuerzos mecánicos (d) Posturas forzadas o no naturales (e) Vibraciones
2.1.4	Asma profesional causada por agentes sensibilizantes o irritantes reconocidos como tales e inherentes al tipo de trabajo	El frío localizado o ambiental puede potenciar el riesgo
2.1.5	Alveolitis alérgicas extrínsecas causadas por la inhalación de polvos orgánicos, según lo prescrito en la legislación nacional	2.3.2 Nistagmo del minero
2.1.6	Siderosis	
2.1.7	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	
2.1.8	Enfermedades pulmonares debidas al aluminio	
2.1.9	Trastornos de las vías respiratorias superiores causados por agentes sensibilizantes o irritantes reconocidos como tales e inherentes al tipo de trabajo	
2.1.10	Cualquier otra enfermedad de las vías respiratorias no mencionada en los anteriores apartados 2.1.1 a 2.1.9 causada por un agente, siempre que se establezca una relación directa entre la exposición del trabajador a este agente y la enfermedad sufrida	
2.2	Enfermedades profesionales de la piel	
2.2.1	Enfermedades de la piel no mencionadas anteriormente causadas por agentes físicos, químicos o biológicos	
2.2.2	Vitiligo profesional	
2.3	Enfermedades profesionales musculoesqueléticas	
2.3.1	Enfermedades musculoesqueléticas causadas por determinadas actividades o medios ambientales de trabajo en que hay factores de riesgo específicos He aquí algunos ejemplos de estas actividades o medios ambientales de trabajo: (a) Movimientos rápidos o repetitivos (b) Esfuerzos ímprobos	3. Cáncer profesional 3.1 Cáncer causado por los agentes siguientes: 3.1.1 Amianto 3.1.2 Bencidina y sus sales 3.1.3 Éter biclorometílico (EDCM) 3.1.4 Cromo y compuestos de cromo 3.1.5 Alquitranes de hulla y brea de alquitranes de hulla; hollin 3.1.6 Betanafilamina 3.1.7 Cloruro de vinilo 3.1.8 Benceno o sus homólogos tóxicos 3.1.9 Derivados nitrados y aminicos tóxicos del benceno y sus homólogos 3.1.10 Radiaciones ionizantes 3.1.11 Alquitrán, brea, betún, aceites minerales, antraceno y los compuestos, productos o residuos de estas sustancias 3.1.12 Emisiones de los hornos de coque 3.1.13 Compuestos del níquel 3.1.14 Polvo de madera 3.1.15 Cáncer causado por cualesquiera otros agentes no mencionados en los anteriores apartados 3.1.1 a 3.1.14, siempre que se establezca una relación directa entre el agente en cuestión y el cáncer padecido.

En su informe, los expertos indicaron que la lista se debería actualizar periódicamente para facilitar la armonización de las prestaciones de la seguridad social en el ámbito internacional. En el documento se afirmaba rotundamente que no existía ninguna razón ética o moral para recomendar en un país la adopción de niveles inferiores a los de otros países. Otros motivos que aconsejan la revisión frecuente de la lista son: (1) el fomento de la prevención de las enfermedades profesionales mediante el aumento de la sensibilización respecto a los riesgos inherentes al trabajo, (2) el estímulo de la lucha contra el uso de sustancias nocivas, y (3) el mantenimiento de los trabajadores bajo supervisión médica. La prevención de las enfermedades profesionales sigue siendo un objetivo prioritario de todo sistema de seguridad social dirigido a la protección de la salud de los trabajadores.

incidencia en las empresas de muchos países y cuya prevención puede beneficiar en mayor medida la salud de los trabajadores.

Debido al cambio profundo y continuo que experimentan los sistemas de empleo y de riesgos, y a la evolución de los conocimientos aportada por los estudios epidemiológicos y la investigación, es preciso ampliar y actualizar la lista, para que refleje la evolución de los conocimientos, en aras de un trato justo a los afectados.

En los países desarrollados, la industria pesada, como la siderurgia y la minería subterránea, ha experimentado una disminución considerable, y las condiciones ambientales han mejorado.

La importancia relativa de los sectores de servicios y de gestión automatizada se han incrementado. Un porcentaje mucho mayor de la población activa está constituido por mujeres que, además, en su mayor parte, realizan las tareas domésticas y cuidan de los hijos. La necesidad de cuidados de los hijos pequeños somete a las mujeres a un estrés creciente. Las jornadas nocturnas y el trabajo en turnos rotatorios se han convertido en prácticas habituales. El estrés, en todas sus manifestaciones, es actualmente un problema importante.

En los países en desarrollo, la industria pesada crece rápidamente para satisfacer las necesidades de los mercados locales y

de exportación, además de crear empleo para una población que aumenta rápidamente. Los habitantes de las zonas rurales se desplazan a las ciudades en busca de empleo y para huir de la pobreza.

Se conocen los riesgos que algunos nuevos productos químicos entrañan para la salud humana, y se concede una importancia especial a los experimentos biológicos a corto plazo y a la exposición prolongada de cobayas a los efectos de esas sustancias, con objeto de evaluar su potencial tóxico y cancerígeno. Es probable que la exposición de la población trabajadora se mantenga en unos niveles bajos en los países desarrollados, pero no existe idéntica seguridad respecto al uso de productos químicos en muchos otros países. Si bien existen pocas dudas de que estos productos contribuyen al incremento de los rendimientos agrícolas a corto plazo, además de permitir un mayor control de las enfermedades transmitidas por vectores, como la malaria, no se sabe exactamente en qué condiciones de control se deben utilizar para que no menoscaben seriamente la salud de los trabajadores agrícolas y de las personas que consumen los alimentos así producidos. Aparentemente, en algunos países, su empleo ha producido intoxicaciones a un gran número de trabajadores agrarios. Incluso en los países más desarrollados, la salud de los agricultores plantea problemas muy serios, debido a que su aislamiento y la falta de supervisión los expone a un riesgo real. La persistencia de la producción de ciertos productos químicos en países en los que su uso se encuentra prohibido, para su exportación a otros países en los que no existe tal prohibición, es un tema que debe destacarse.

Especial atención han merecido el proyecto y funcionamiento de los modernos edificios inteligentes y del equipo electrónico de oficina. Los movimientos repetitivos realizados de modo continuo se consideran generalmente causantes de trastornos que debilitan la salud.

Aunque la emisión de humo de tabaco en el lugar de trabajo no se considera, por sí misma, una causa de enfermedad profesional, podría crear problemas en el futuro, puesto que los no fumadores se muestran cada vez más intolerantes al respecto. Es probable que la presión por la venta de productos de tabaco en los países en desarrollo produzca en el futuro cercano una epidemia nunca vista de enfermedades. La exposición de los no fumadores a la contaminación producida por el humo del tabaco será objeto de creciente debate en el futuro y, en algunos países, ya se han dictado medidas legislativas al respecto. Particularmente grave es el peligro que corren los trabajadores del sector sanitario, que están expuestos a una extensa gama de productos químicos, agentes irritantes e infecciones. El SIDA y la hepatitis son buenos ejemplos.

La incorporación de la mujer al mundo del trabajo en todos los países pone de relieve el problema de los trastornos en la reproducción asociados al lugar de trabajo, como la infertilidad, las disfunciones sexuales y los efectos sobre el feto y el embarazo producidos por la exposición a los agentes químicos y a otros factores presentes en el lugar de trabajo, incluida la fatiga debida a causas ergonómicas. Existen pruebas cada vez más firmes de que los varones pueden verse afectados por estos mismos problemas.

En este contexto de evolución de los patrones demográficos y del riesgo, se impone una revisión de la lista y la adición de las nuevas enfermedades consideradas profesionales. Por consiguiente, es preciso actualizar la lista adjunta al Convenio nº 121 e incluir en ella los trastornos generalmente reconocidos como de origen profesional y los que entrañan más peligros para la salud. De hecho, en diciembre de 1991 la OIT celebró en Ginebra una reunión informal al respecto. En el dictamen de los expertos se incluía un proyecto de nueva lista, que se reproduce en la Tabla 26.1.

Se ha propuesto un nuevo formato en el que la lista se desglosa en las tres categorías siguientes:

1. Enfermedades causadas por agentes (químicos, físicos, biológicos).
2. Enfermedades que afectan a varios sistemas orgánicos (respiratorio, cutáneo, musculoesquelético);.
3. Cáncer de origen profesional.

INDEMNIZACION POR ACCIDENTES DE TRABAJO: TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS

Paule Rey

Los sistemas de indemnización por accidentes de trabajo se crearon con el fin de sufragar los gastos de asistencia médica y de los servicios de rehabilitación en favor de los trabajadores víctimas de lesiones e incapacidades relacionadas con el trabajo. Mediante ellos se abonan igualmente prestaciones compensatorias a los trabajadores afectados y a las personas a su cargo durante el periodo de incapacidad. Estos sistemas se han inspirado en los regímenes gestionados por los antiguos gremios y sociedades de socorros mutuos, cuyos afiliados cotizaban a unos fondos que, en su momento, se distribuían entre los miembros que se veían impedidos para trabajar por haber sufrido accidentes de trabajo. Una vez agotadas las reservas, generalmente escasas, de esos fondos, la única posibilidad abierta a sus miembros era recurrir a la beneficencia o demandar a la empresa sobre la base de que la lesión había sido causada por la conducta dolosa o negligente de la misma. Las demandas judiciales raras veces prosperaban, entre otras por las razones siguientes:

- la carencia, por parte del trabajador, de los conocimientos jurídicos necesarios, y la escasez de sus recursos en comparación con los de la empresa
- la dificultad para vencer la estrategia defensiva de la empresa, basada en la pretensión de que el accidente causante de la lesión había sido, bien un caso fortuito, bien el resultado de la ineptitud o la negligencia del trabajador y no de la empresa
- la imposibilidad de que el trabajador aguardase el período de tiempo, generalmente largo, que llevaba la tramitación de las demandas civiles.

Los sistemas de indemnización por accidentes de trabajo se basan en la responsabilidad objetiva y en ellos sólo se exige al trabajador que cumplimente una solicitud en la forma establecida y acredite que la lesión o la incapacidad está "relacionada con el trabajo", de acuerdo con la definición dada a este concepto en la legislación reguladora del sistema en el país en cuestión. Los recursos financieros necesarios se obtienen de fondos constituidos por un organismo oficial. Estos fondos se nutren de impuestos que pagan las empresas, de mecanismos de seguro obligatorio financiados con las cotizaciones abonadas por las mismas, o según otros sistemas en los que se combinan ambos métodos en medida variable. La estructura y el funcionamiento de los sistemas de indemnización por accidentes de trabajo se exponen en profundidad en el capítulo redactado por Ison.

A pesar de algunas lagunas y deficiencias que han justificado diversas modificaciones legislativas y reglamentarias a lo largo del siglo pasado, los sistemas de indemnización por accidentes de trabajo han desempeñado bastante bien su función de cubrir las necesidades de los trabajadores lesionados en el transcurso de

su trabajo. En un principio, la protección se centraba en los accidentes (esto es, episodios imprevistos ocurridos en el puesto o el lugar de trabajo), que son más fáciles de diagnosticar que las enfermedades profesionales. La inmediatez de la relación causal entre el episodio y la lesión facilita en mayor o menor medida la asociación entre esta última y el lugar de trabajo, en el marco de la normativa legal y reglamentaria aplicable. Por consiguiente, las organizaciones de seguros han tratado de desarrollar, con distinto éxito, una epidemiología de los accidentes en la que se definen las categorías de personas, puestos de trabajo y circunstancias laborales asociados a determinados tipos de lesión. Se ha producido así el desarrollo de una importante industria de la seguridad, dedicada al estudio de diversos tipos de lesiones producidas en el trabajo y al diseño de sistemas de prevención. Se ha obligado a las empresas a implantar estos sistemas de prevención, con la esperanza de ahorrar los gravosos costes producidos por los accidentes evitables. Estos costes están representados por las perturbaciones ocasionadas en los lugares de trabajo, la pérdida temporal o permanente de trabajadores productivos y el incremento en espiral de los impuestos y primas de seguro abonados para financiar los regímenes de indemnización por accidentes de trabajo. Otro factor coadyuvante al proceso ha sido la promulgación, en numerosos países, de normas legislativas sobre salud y seguridad en el trabajo, por las que se obliga a las empresas a tomar medidas efectivas de prevención de accidentes, apoyadas en sistemas de inspección de los centros de trabajo y en la imposición de diversas sanciones a los infractores.

No obstante, tal esquema no ha funcionado excesivamente bien en el campo de las enfermedades profesionales. En estos casos, la relación entre los peligros existentes en el lugar de trabajo y la enfermedad del trabajador suele ser mucho más sutil y compleja, debido tanto al periodo, a menudo largo, de latencia entre la exposición y los primeros síntomas como a los efectos contradictorios de factores tales como el estilo de vida y los hábitos del trabajador (por ejemplo, el consumo de tabaco), y el desarrollo simultáneo de enfermedades no relacionadas con el trabajo. (Por lo demás, estas últimas pueden verse propiciadas, agravadas e incluso precipitadas por determinadas exposiciones en el lugar de trabajo que, en ciertos casos, justifican su cobertura por parte de los sistemas de indemnización por accidentes de trabajo).

El presente artículo se centra, inicialmente, en la validez de dos hipótesis vinculadas entre sí:

1. Los sistemas de indemnización por accidentes de trabajo pueden desarrollar programas de prevención basados en evaluaciones del riesgo presente en los lugares de trabajo, a partir del análisis de los datos generados por los accidentes y lesiones por los que se ha abonado una indemnización.
2. Los sistemas de indemnización por accidentes de trabajo pueden ofrecer importantes incentivos financieros (por ejemplo, bonificaciones en las primas o sistemas *bonus malus*) para inducir a las empresas a implantar sistemas de prevención eficaces (Burger 1989).

Resumiendo, la naturaleza y magnitud del riesgo en el lugar o el puesto de trabajo se pueden inferir del análisis de los datos generados por las indemnizaciones abonadas a los trabajadores empleando ciertas variables, como la presencia de agentes potencialmente nocivos (químicos, físicos biológicos, etc.), las características de los trabajadores expuestos, las circunstancias en el momento de la exposición (por ejemplo, la naturaleza, intensidad y duración de ésta), los efectos fisiopatológicos sobre el trabajador, la gravedad e irreversibilidad de la enfermedad o incapacidad resultante, y la distribución de los casos por

sectores, puestos de trabajo y lugares de trabajo. La identificación y clasificación de los riesgos potenciales permite el desarrollo de programas destinados a eliminarlos o controlarlos. Con la aplicación de estos programas puede reducirse la incidencia de las enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo, lo cual no sólo redunda en beneficio de los trabajadores, sino que contribuye igualmente a reducir las cargas financieras, directas o indirectas que, de otra forma, han de ser soportadas por la empresa.

Trataremos de demostrar que las conexiones entre los casos en que se ha pagado indemnización, la evaluación del riesgo, los esfuerzos en favor de una prevención eficaz y la reducción de las cargas financieras de las empresas no suelen ser tan sencillas como se suele creer. Además, se examinarán diversas propuestas formuladas por médicos del trabajo, abogados y ergónomos con el objeto de enriquecer nuestro conocimiento de los riesgos, aumentar la seguridad en puesto de trabajo y hacer que los sistemas de compensación por accidentes de trabajo sean más justos.

Resultados de los estudios

Valor de la base de datos de la entidad aseguradora de accidentes de trabajo

Según Léger y Macon (1990), el valor de una base de datos de accidentes está en función del grado en que permita medir la eficacia del sistema de seguridad, conocer las causas de los accidentes de trabajo y establecer el grado de exposición a los riesgos de los diversos subgrupos en que se divide la población trabajadora. Unas estadísticas de accidentes exactas y efectivas son de gran valor para la elaboración de programas eficaces de previsión de accidentes por parte de las empresas, las organizaciones sindicales y los organismos reguladores oficiales.

¿Qué datos se recopilan?

Las estadísticas se ciñen a los accidentes y enfermedades definidos en los reglamentos y leyes aplicables y, por tanto, amparados por los sistemas de indemnización por accidentes de trabajo. Existen sensibles diferencias entre los supuestos amparados, tanto en distintos momentos, como en un mismo país o ámbito jurisdiccional y entre diversos países o ámbitos jurisdiccionales.

En Francia, por ejemplo, las estadísticas recogidas por el *Instituto nacional de recherche et de Sécurité* (Instituto Nacional de Investigación Científica, INRS), se basa en una lista de enfermedades profesionales cruzada con una lista de sectores de riesgo. En Suiza, la ley del seguro de accidentes contiene una clasificación de las enfermedades profesionales basada en las condiciones predominantes en los lugares de trabajo. Dicha clasificación contempla dos categorías: en la primera figura una lista de agentes nocivos, combinada con una relación de enfermedades; en la segunda se establece una lista de patologías en las que existe una elevada probabilidad de relación causal entre exposición y enfermedad.

La definición de los accidentes de trabajo también puede variar. En Suiza, por ejemplo, los accidentes ocurridos *in itinere* no se consideran laborales, mientras que los episodios que se producen en el lugar de trabajo, con independencia de que tengan o no alguna relación con la actividad laboral (por ejemplo, las quemaduras producidas al calentar la comida), tienen la condición de tales.

Por consiguiente, el número de casos identificados y contabilizados en un determinado país está en función de la definición de accidente de trabajo y de enfermedad profesional en el correspondiente sistema de indemnización. En este sentido, resultan

ilustrativas la estadísticas suizas relativas a la pérdida de audición debida a causas profesionales, que fue reconocida como enfermedad profesional durante el periodo 1955-1960. Tras este reconocimiento se produjo un incremento sensible del número de casos comunicados, así como un aumento correlativo del número total de casos de enfermedades laborales imputables a agentes físicos. En años posteriores, la frecuencia de los casos tendió a reducirse. Esto no significa que la incidencia de la pérdida de audición por causas profesionales disminuyese. Puesto que se trata de una enfermedad de desarrollo lento, una vez contabilizado el número total de casos no registrados hasta entonces, el número de nuevos casos reconocidos cada año reflejaba la relación real entre la exposición al ruido y el riesgo de pérdida de audición. En la actualidad asistimos a un nuevo y sensible incremento del número de casos comunicados que son causados por agentes físicos, debido al reciente reconocimiento oficial de los trastornos musculoesqueléticos, vulgarmente denominados "trastornos ergonómicos", como la tenosinovitis, la epicondilitis, el síndrome del túnel carpiano y otros.

Comunicación de casos

Resulta evidente que en todos los países, deliberadamente o por omisión, se dejan de comunicar muchos accidentes y casos de enfermedad relacionados con el trabajo. La obligación de comunicar estos episodios suele corresponder a la empresa. Sin embargo, como han subrayado algunos autores, a veces ésta prefiere no comunicar el hecho, con lo que no sólo se libra de los engorrosos trámites administrativos, sino que, además, mantiene su reputación de lugar de trabajo seguro y evita una eventual acumulación de reclamaciones que podría ocasionar un incremento de los impuestos y primas de financiación de su seguro. Esto ocurre, sobre todo, cuando no se pierden horas de trabajo, así como en los casos atendidos en el propio lugar de trabajo por el servicio de asistencia sanitaria de la empresa (Brody, Letourneau y Poirier 1990).

Corresponde a los médicos identificar y comunicar los casos de lesiones y enfermedades profesionales, y recordar a los pacientes su derecho a ser indemnizados. Sin embargo, algunos casos no se comunican porque no son tratados por médicos especialistas y no se descubre el origen profesional de la patología. El conocimiento de los aspectos jurídicos y profesionales de la asistencia sanitaria debería incorporarse a la formación médica. Las organizaciones internacionales, como la OIT, deben fomentar la inclusión de estas materias en los planes de estudio, tanto de licenciatura, como de posgrado, de todos los profesionales de la salud. Aunque diagnostiquen correctamente el origen de la afección, algunos médicos se muestran reacios a asumir las molestias que implican los trámites burocráticos y arriesgarse a ser citados a testificar en los procedimientos administrativos o en las actuaciones judiciales, en el caso de que se impugne el derecho del trabajador. En algunos países, la circunstancia de que los honorarios legales o estipulados para el tratamiento de los casos amparados por el seguro de enfermedad y lesiones profesionales pueden ser inferiores a los honorarios habitualmente cobrados por el médico puede contribuir a desalentar la comunicación de estos casos.

La comunicación de los casos depende igualmente de la medida en que los trabajadores conozcan sus derechos y el sistema de indemnización por accidentes de trabajo al que están afiliados. Por ejemplo, Walters y Haines (1988) estudiaron una muestra de 311 trabajadores sindicados y no sindicados de una región industrializada de Ontario, Canadá, para evaluar su nivel de utilización y de conocimientos del "sistema de responsabilidad interna". Este sistema había sido establecido con objeto de inducir a las empresas y a sus trabajadores a resolver los problemas de salud y seguridad en el centro de trabajo. A pesar

de que el 85 % de los encuestados pensaban que sus condiciones de trabajo podrían perjudicar su salud, sólo el 20 % manifestó haber perdido horas de trabajo por problemas de salud relacionados con su actividad. Por tanto, a pesar de su opinión respecto a los efectos perjudiciales del trabajo sobre su salud, sólo un porcentaje relativamente reducido hacía uso de los derechos y medios previstos en la legislación. En la exposición de sus reticencias hacia el trabajo y en sus quejas sobre los efectos del mismo sobre su salud había escasas referencias al "sistema de responsabilidad interna" legalmente previsto. Incluso aseguraban haber tratado los problemas con su superior jerárquico, en lugar de plantearlos a sus representantes en materia de salud e higiene.

Los investigadores descubrieron que el conocimiento de la normativa legal era mayor entre los trabajadores sindicados y que se solía traducir en la adopción de iniciativas vinculadas a la salud y seguridad en el trabajo (Walters y Haines 1988).

Por otra parte, algunos trabajadores reclaman indemnización aunque la lesión o enfermedad no esté relacionada con su trabajo, o mantienen su reclamación aun cuando ya estén en condiciones de regresar al trabajo. Ciertos estudios han revelado que los sistemas de indemnización más generosos pueden incluso operar como un incentivo al respecto. Según Walsh y Dumitru (1988), "la mejora de las prestaciones puede traducirse en un mayor número de reclamaciones y en una mayor incidencia de lesiones". Utilizando el ejemplo de las lesiones en la espalda (que comprenden el 25 % de las reclamaciones de indemnización que se producen en Estados Unidos), los autores concluyen que "los trabajadores son más propensos a pedir la baja laboral si la indemnización es comparable al salario devengado", y añaden que "el sistema de indemnización por incapacidad vigente en Estados Unidos tiende a incrementar la frecuencia de determinados tipos de incapacidad y contribuye a prolongar la recuperación de los problemas de espalda producidos por el trabajo", aparte de que "los factores asociados a la indemnización pueden demorar la recuperación, prolongar los síntomas y reforzar el comportamiento enfermizo".

Judd y Burrows (1986) formularon conclusiones similares sobre la base del análisis de una muestra representativa de trabajadores australianos, de la cual, en el curso de un año, el 59 % "habían estado de baja más de dos meses y el 38 %, más de seis meses". Los servicios médicos y jurídicos, señalaron, podrían dar lugar a "esta elevada tasa de invalidez prolongada" y "la recuperación podría ser perjudicial para los intereses del paciente, al menos por lo que respecta al pago de la indemnización".

Admisibilidad de los casos

Como se ha indicado anteriormente, las estadísticas nacionales reflejan variaciones en la admisibilidad de los distintos tipos de casos. Ejemplos de esta tendencia son la inclusión de una nueva entidad en la lista de enfermedades indemnizables (como ha ocurrido en Suiza con la pérdida de audición) la ampliación de la cobertura a nuevas categorías de trabajadores (como la modificación de los límites de la escala salarial introducida en Sudáfrica), o la extensión de la cobertura a nuevos tipos de actividades.

A diferencia de los accidentes, las enfermedades profesionales no se indemnizan con tanta facilidad. En la Suiza francófona se analizó una extensa muestra de trabajadores que habían estado de baja un mes como mínimo. El estudio puso de relieve que, si bien la mayoría de los accidentes se admitían como laborales y se indemnizaban rápidamente, sólo se aceptaba un porcentaje muy pequeño de las enfermedades (Rey y Bousquet 1995). En algunos casos, es el seguro de enfermedad del paciente, no el sistema de indemnización por enfermedad y accidentes de trabajo, el que abona los gastos médicos. Esto no supone un

incremento del coste para la empresa (Rey y Bousquet 1995; Burger 1989). Es de subrayar que en países como Estados Unidos, en los que la empresa asume igualmente el seguro general de enfermedad, el coste puede ser incluso superior, dado que los honorarios establecidos en el sistema de indemnización suelen ser inferiores a los que se abonarían a los seguros médicos privados.

Yassi (1983) elaboró un informe basado en una conferencia dictada por el profesor Weiler en Toronto. A continuación se reproducen algunas de las observaciones de Weiler, citadas por Yassi:

“La Ley de indemnización por enfermedades profesionales y accidentes de trabajo ha funcionado razonablemente bien respecto a la cobertura de la incapacidad producida por accidentes; sin embargo, no puede afirmarse lo mismo de las enfermedades profesionales. Mientras que, incluso en los casos más complicados de lesiones provocadas por accidentes, el cheque tarda alrededor de un mes en enviarse, la resolución de las reclamaciones por cáncer se demora, por término medio, unos siete meses (igual que en las reclamaciones por enfermedad del sistema respiratorio). Sólo se desestima una pequeña proporción de las reclamaciones por lesiones (en torno al 2 %); por el contrario, la tasa de desestimación de las reclamaciones por enfermedad grave supera el 50 %”.

Particularmente sorprendente es la baja tasa de comunicación del cáncer de origen profesional: “Menos del 15 % de la cifra estimada de casos de cáncer de origen profesional se comunica a la Junta”.

La necesidad de demostrar la existencia de una relación causal entre una enfermedad y la actividad laboral (esto es, un agente tóxico reconocido o una enfermedad incluida en la lista oficial) constituye un grave obstáculo para los trabajadores que reclaman indemnización. En la actualidad, en la mayoría de los países industrializados, los sistemas de indemnización por enfermedad profesional y accidente de trabajo compensan menos del 10 % de los casos de enfermedad profesional y, en la mayoría de los casos, se trata de enfermedades relativamente leves, como la dermatitis. Además, en la mayoría de los casos incluidos en el 10 % que finalmente se indemniza, los pagos sólo se realizan una vez establecida por vía contenciosa la procedencia de la reclamación (Burger 1989).

El problema reside, en parte, en que la legislación vigente puede establecer las que se han denominado “barreras artificiales” al pago de la indemnización por enfermedad profesional. Estas barreras pueden consistir, por ejemplo, en la exigencia de que, para ser indemnizable, la enfermedad sea típica de un lugar de trabajo y no una patología surgida “en el curso normal de la vida”, que el padecimiento figure en una lista específica de enfermedades, que no se trate de una enfermedad infecciosa, o que la reclamación de indemnización se formule dentro de un plazo perentorio a partir de la exposición y no desde la fecha de diagnóstico (Burger 1989).

Otro elemento disuasorio ha sido la certeza creciente de que muchas enfermedades profesionales son de origen múltiple. Esto dificulta en ocasiones la identificación de un determinado riesgo laboral como origen de la enfermedad y, viceversa, permite denegar la reclamación sobre la base de la pretensión de que la enfermedad ha sido causada por factores no relacionados con el trabajo. La dificultad para probar una exclusiva relación causal con el lugar de trabajo constituye a menudo una carga probatoria insostenible para el trabajador con incapacidad (Burger 1989).

En su análisis de los aspectos científicos de las barreras artificiales a la indemnización, Mallino (1989) comenta lo siguiente:

“La mayoría de estas barreras artificiales tiene escasa o nula relación con la ciencia médica moderna, que ha llegado a la conclusión de que la mayor parte de las enfermedades profesionales se debe a múltiples causas y tiene un período de latencia relativamente prolongado entre la exposición inicial y su manifestación efectiva.

En la mayoría de los casos de fallecimiento o de lesiones traumáticas, la relación causal es evidente: un trabajador pierde una mano en una cizalla, se cae de un andamio o pierde la vida en una explosión de un elevador de granos”.

En muchas de estas enfermedades, como el cáncer etiológicamente relacionado con el trabajo, suele resultar difícil, si no imposible, establecer una causa específica y luego relacionarla directamente con una exposición o un conjunto de exposiciones asociadas con el lugar de trabajo.

Además, la exposición al riesgo nunca es uniforme, por lo que resulta sumamente problemático estimar el nivel y la naturaleza del riesgo laboral sobre la base exclusiva de los casos indemnizados. La evolución histórica de la indemnización en los distintos sectores del empleo suele constituir la base utilizada por las entidades aseguradoras para clasificar los riesgos laborales y calcular las primas que se fijan a las empresas. Esto contribuye escasamente a fomentar la adopción de programas de prevención, por mucho que algunos sectores, como la minería y la silvicultura, sean reconocidamente peligrosos.

Más sustancioso es, sin embargo, el concepto, comentado por Morabia (1984), de los “grupos homogéneos”. En efecto, el agrupamiento de trabajadores de características similares pertenecientes a distintos sectores demuestra con claridad que el riesgo está más estrechamente asociado al nivel de cualificación que al sector de actividad como tal.

Desigualdades entre los trabajadores que afrontan riesgos profesionales

Existen diversas variables para medir la desigualdad frente al riesgo.

Efectos del nivel de cualificación

Las diferencias en el grado de exposición al riesgo entre los trabajadores cualificados y sin cualificar no dependen del tipo de producción de la empresa ni están únicamente en función de las características del centro de trabajo y a la exposición a sustancias tóxicas (Rey y Bousquet 1995). Por ejemplo, en Canadá, Laflamme y Arsenault (1984) descubrieron que la frecuencia de los accidentes entre diferentes categorías de trabajadores industriales no se distribuye de forma aleatoria. Los trabajadores manuales, menos cualificados —minoritarios dentro de la población activa—, experimentan el mayor porcentaje de accidentes.

Tampoco es aleatoria la distribución de las lesiones; los trabajadores no cualificados remunerados a destajo sufren con mayor frecuencia lesiones lumbares que los de otros grupos y que los empleados en otros lugares. En el modelo de organización del trabajo descrito por Laflamme y Arsenault (1984), los trabajadores sin cualificar concentraban sobre sí los factores de riesgo. Las diferencias con otros grupos en cuanto al grado de exposición al riesgo se incrementaban por efecto de una actitud “política” implícita, según la cual las medidas de prevención se centraban en mayor medida en los trabajadores cualificados, en el marco de un sistema organizativo intrínsecamente discriminatorio hacia los trabajadores sin cualificar, que eran los más expuestos al riesgo.

Efectos de la experiencia laboral

Los trabajadores más vulnerables son los que tienen menos experiencia en el puesto de trabajo, bien por ser recién contratados, bien por los cambios frecuentes de trabajo. Por ejemplo, los datos facilitados en Francia por el INRS y por el CNAM (*Conservatoire national des arts et métiers*) muestran que el índice de siniestralidad entre los trabajadores temporales es 2,5 veces mayor que entre los trabajadores fijos. Esta diferencia se atribuye a la falta de formación básica, a la menor experiencia en un puesto de trabajo concreto y a la preparación insuficiente para éste. Ciertamente, los investigadores subrayan que los trabajadores temporales son, en su mayor parte, jóvenes inexpertos que se exponen a elevados riesgos en el lugar de trabajo, sin unas medidas eficaces de prevención.

Por otra parte, los accidentes se producen con mayor frecuencia durante el primer mes en el empleo (François y Liévin 1993). La Armada norteamericana ha descubierto que, entre el personal de tierra, la mayor incidencia de lesiones se produce durante las primeras semanas en el empleo. Aproximadamente el 35 % de los ingresos en centros de salud se produce durante el primer mes de trabajo en un nuevo destino; a continuación, este índice se reduce de forma radical y el declive prosigue a medida que aumenta la experiencia en un puesto de trabajo. La tendencia es similar entre el personal embarcado, si bien las tasas de incidencia son inferiores, quizás como reflejo de una permanencia más prolongada en la Armada (Helmkamp y Bone 1987). Al contrastar sus datos con los suministrados en 1979 por la Oficina de Estadísticas del Trabajo del Consejo Nacional de Seguridad, los autores descubrieron que los resultados eran similares. Asimismo, observaron que las realidades descritas experimentan muy escasa variación con la edad. Si bien los trabajadores más jóvenes corren un mayor riesgo de sufrir accidentes por las razones expuestas, la falta de experiencia en el trabajo conserva su importancia en todas las edades.

Efectos del tipo de sistema salarial

La modalidad de retribución de los trabajadores puede influir en la frecuencia de los accidentes. En su revisión crítica de los trabajos dedicados a los incentivos salariales, Berthelette (1982) observa que el sistema de pago a destajo se corresponde con un mayor riesgo de accidentes. Esto puede explicarse, en parte, por el pago de incentivos para "buscar atajos" y hacer caso omiso de los riesgos derivados del exceso de trabajo y de la fatiga acumulada. Estos efectos negativos del pago de incentivos en el trabajo a destajo han sido igualmente identificados por Laflamme y Arsenault (1984) en la industria del mueble, y por Stonecipher y Hyner (1993) en otros sectores industriales.

El "efecto del trabajador sano" (ETS)

Existen pruebas convincentes de los efectos beneficiosos del trabajo sobre la salud y de la repercusión negativa del desempleo. Sin embargo, el concepto del ETS no implica que el trabajo sea bueno para la salud. Significa, más bien, que la población trabajadora es más sana que el conjunto de la población. Esto se debe tanto a la dificultad que tienen los enfermos crónicos, los afectados por serias discapacidades y las personas muy mayores para conseguir y conservar un trabajo, como a la circunstancia de que los menos capaces de afrontar los riesgos laborales se ven rápidamente desplazados de sus puestos de trabajo, lo que deja una población activa constituida por los trabajadores más sanos y aptos.

Los epidemiólogos expresan el efecto del trabajador sano como una submortalidad (o una submorbilidad) de los trabajadores en comparación con el conjunto de la población. Para los epidemiólogos que estudian las enfermedades en el ámbito de

las empresas, es preciso reducir el peso de este efecto. En su artículo sobre el ETS, Choi (1992) no sólo aborda las causas, sino también los métodos de reducción de este sesgo de selección.

Para los ergónomos deben ser tomados en consideración factores extraprofesionales, como la escasez de medios económicos y los problemas familiares además de los factores asociados al trabajo, como la ausencia de incentivos profesionales y el temor de no reunir los requisitos exigidos por el puesto de trabajo. Si un trabajador abandona voluntariamente su empleo muy pronto —pocos días o semanas después de acceder al mismo— es preciso tomar en consideración la posibilidad de que la edad haya mermado su capacidad para satisfacer las exigencias del puesto de trabajo.

Por ejemplo, la reducción de la incidencia de los dolores lumbares con la edad no significa necesariamente que los trabajadores mayores sean más resistentes a estos padecimientos; más bien significa que los trabajadores más predispuestos a padecer dolores de espalda (por ejemplo, los que padecen malformaciones, musculatura lábil o mal estado físico) han llegado a la conclusión que sus problemas son incompatibles con el levantamiento de grandes pesos y han optado por otros tipos de trabajo (Abenhaim y Suissa 1987).

Los datos utilizados en el estudio de Abenhaim y Suissa proceden de una muestra obtenida por el Workmen's Compensation Board (Instituto de Indemnización de los Trabajadores) de Quebec de 2.532 trabajadores que habían perdido, como mínimo, un día de trabajo por causa de los padecimientos de espalda. El 74 % de trabajadores indemnizados que habían causado baja laboral durante menos de un mes contabilizaba el 11,1 % de las jornadas de trabajo perdidas, mientras que el 7,4 % de trabajadores que habían dejado de trabajar durante más de seis meses acumulaba el 68,2 % de las mismas. Este último grupo de trabajadores (el 0,1 % de la población activa) había generado el 73,2 % de los costes de asistencia médica y había recibido el 76 % de la suma total pagada en concepto de retribución e indemnización (un total de 125 millones de dólares en 1981). El coste medio generado por cada uno de estos pacientes ascendió a unos 45.000 dólares canadienses. La elevada incidencia registrada entre los varones (85 % de los casos) podría explicarse por el predominio del sexo masculino entre los trabajadores que realizan las tareas más propensas a producir lesiones de espalda. Otras posibles explicaciones, como la mayor vulnerabilidad de los varones o el mayor porcentaje de hombres que reclaman indemnización, son menos plausibles. Abenhaim y Suissa afirman lo siguiente:

"El patrón de aumento-disminución de los dolores de espalda obedece, probablemente, al "efecto del trabajador sano". Ciertamente, es más probable que los trabajadores realicen tareas perjudiciales para su espalda antes de cumplir 45 años y que abandonen esos trabajos al sentirse envejecer(...). Los resultados del estudio desmienten la creencia predominante en los países industrializados de que la mayor parte de estos gastos de atención médica obedecen a múltiples períodos "no controlados" de ausencia del trabajo, producidos por dolores de espalda no acompañados de "signos objetivos". Los casos socialmente más relevantes son los que producen una ausencia laboral más prolongada y gastos de asistencia médica más cuantiosos. Esto se debe tomar en consideración en la formulación de las políticas de prevención y de salud y seguridad en el trabajo.

Resumiendo: existen numerosos factores que no se toman en consideración en las estadísticas de las enfermedades y lesiones profesionales y que pueden alterar el significado esencial de los datos y sesgar totalmente las conclusiones a las que llegan los

responsables del sistema de indemnización de los trabajadores y otros interesados. Este aspecto es particularmente relevante para quienes utilizan los datos para elaborar los programas de control del riesgo o para evaluar la urgencia de su aplicación.

Episodios vitales y laborales; estrés

El estrés es uno de los principales factores causantes de lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo. La presencia de estrés en el lugar de trabajo, con independencia de que tenga su origen en el propio trabajo o en la actividad doméstica o social, puede afectar el comportamiento, los procesos mentales, las facultades físicas y la coordinación, y provocar accidentes y lesiones, aparte de los indicios cada vez mayores de posible afectación del sistema inmunológico, con el consiguiente aumento de la vulnerabilidad a las enfermedades. Por otra parte, el estrés influye considerablemente en la capacidad de respuesta al tratamiento de rehabilitación y, por tanto, en el grado y duración de las eventuales incapacidades residuales.

En su esfuerzo por explicar el incremento del índice de siniestralidad durante las semanas siguientes al paso del servicio en tierra a un destino a bordo y viceversa, Helmkamp y Bone (1987) señalan que el estrés generado por la adaptación y por el cambio en el estilo de vida podría explicar parcialmente el fenómeno. Análogamente, Von Allmen y Ramaciotti (1993) subrayan la influencia de los factores psicosociales, tanto extra-profesionales como relacionados con el trabajo, en la aparición de problemas crónicos de espalda.

Un estudio prospectivo con una duración de 27 meses sobre una muestra de controladores del tráfico aéreo permitió establecer una trágica relación entre el estrés de origen social y la producción de accidentes. El 25 % de los 100 trabajadores de la muestra que reconocieron sufrir niveles elevados de estrés registró una tasa total de morbilidad un 69 % mayor que los que presentaban niveles de estrés más bajos, además de un 80 % más de probabilidades de sufrir lesiones (Niemcryk y cols. 1987).

Por tanto, no resulta sorprendente que, al menos en Estados Unidos, hayan proliferado las reclamaciones de indemnización formuladas por trabajadores que atribuyen su incapacidad al estrés de origen laboral. A pesar de que este tipo de reclamaciones no se admite todavía en muchos países, es posible que su tasa de incremento sólo sea superada por el reciente aluvión de reclamaciones por lesiones causadas por actividades repetitivas, como el síndrome del túnel carpiano y otros trastornos de naturaleza ergonómica.

Las reclamaciones basadas en el estrés aducido son igualmente ilustrativas de las "barreras artificiales" al pago de indemnizaciones que se han mencionado anteriormente. Por ejemplo, en algunos ámbitos jurisdiccionales de Estados Unidos (especialmente en los estados de la Unión) no se admiten las reclamaciones basadas en el estrés; en otros, la reclamación prospera únicamente si el factor estresante es un episodio repentino, singular, traumatizante o que produzca temor; y en varios otros, se exige que el estrés sea "inusual", esto es, que exceda del nivel considerado normal en el trabajo o en la vida cotidiana. En algunos lugares, las reclamaciones por causa de estrés se fallan en consideración a sus méritos, mientras que en otros no existe aún normativa legal ni doctrina jurisprudencial en la materia. Aparentemente, por tanto, las probabilidades de que prospere una reclamación de indemnización fundada en el estrés dependen tanto del lugar en el que se presente, como de sus propios méritos (Warshaw 1988).

Percepción del riesgo

Para que las empresas se decidan a mejorar las condiciones de trabajo y los trabajadores accedan a trabajar con mayor

seguridad, es preciso que perciban la existencia de un riesgo evitable. La percepción debe ser personal y el conocimiento teórico no sirve de gran ayuda. Por ejemplo, los trabajadores no sindicados suelen quejarse menos de los posibles riesgos profesionales porque normalmente están peor informados de su existencia (Walters y Hines 1988).

La asunción de riesgos, esto es, la disposición de los trabajadores a afrontar peligros en el lugar de trabajo, depende en gran medida de la cultura de la organización. En algunas se percibe una actitud negligente que alienta esa asunción de riesgos (Dejours 1993), mientras que en otras prevalece un enfoque de mayor prudencia (Helmkamp y Bone 1987).

Si el índice de siniestralidad es bajo y los trabajadores nunca han presenciado un accidente grave, sobre todo si no existe un sindicato que les sensibilice respecto a los peligros latentes, es posible que se llegue al punto de despreciar efectivamente el riesgo. Por otra parte, si los trabajadores son conscientes del peligro de que se produzcan lesiones graves o incluso muertes, es posible que exijan el pago de complementos por riesgo (Cousineau, Lacroix y Girard 1989). El deseo o la necesidad de cobrar este complemento puede inducir, por tanto, a la asunción de riesgos.

Las actitudes ante la asunción de riesgos en el trabajo suelen corresponderse con la actitud de los trabajadores ante la prevención en la vida privada. Stonecipher y Hyner (1993) han observado que los empleados a sueldo participaban en mucha mayor medida en los programas de exploración selectiva de salud y llevaban una vida más saludable que los trabajadores retribuidos por horas, que, por regla general, poseían un nivel inferior de instrucción y percibían una remuneración más baja. Por tanto, los trabajadores asalariados peor pagados y con menor formación, que, como se ha indicado antes, son más propensos a sufrir accidentes y lesiones, manifiestan igualmente una mayor tendencia al abuso del tabaco y del alcohol, poseen hábitos alimenticios peores y utilizan en menor medida los servicios de prevención sanitaria. Estas circunstancias les colocan en una situación de mayor riesgo.

La cultura de la organización y los niveles de riesgo en la empresa

La naturaleza de la cultura empresarial puede influir en la percepción del riesgo en el lugar de trabajo y, por consiguiente, en las medidas que se adopten para su control, que pueden incluirse en los apartados siguientes:

Dimensión de la empresa

El riesgo de sufrir lesiones y accidentes profesionales es inversamente proporcional a la dimensión de la empresa. Por ejemplo, en Suiza, las empresas más pequeñas no pertenecientes a los sectores de alta tecnología (diez trabajadores o menos) contabilizan un porcentaje muy elevado de las enfermedades profesionales registradas por la Caja Nacional Suiza de Seguros en caso de Accidente (*Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident*, CNA). En comparación con las empresas mayores, tienen escasas posibilidades de contratar los trabajadores mejor formados, más experimentados y más resistentes desde el punto de vista sanitario. Además, sus propietarios y directivos suelen tener menos conocimiento de los peligros existentes en el lugar de trabajo, además de menos tiempo y recursos para abordarlos. Las inspecciones son menos frecuentes en esas empresas, que también tienen muchos más problemas que las organizaciones mayores para acceder a la asistencia técnica y los servicios especializados que necesitan (Gressot y Rey 1982).

Rechazo de la responsabilidad

En Suiza, la empresa es responsable de la seguridad de los trabajadores, que, a su vez, están obligados a cumplir las normas de seguridad establecidas en el centro de trabajo. Lamentablemente, sin embargo, la ley y la práctica no siempre van de la mano. En un estudio realizado en centros de trabajo suizos con 100 o más trabajadores se puso de manifiesto una cierta tendencia de las partes implicadas a declinar la responsabilidad por el accidente y culpar a la otra parte. En efecto, las empresas apuntaban al alcoholismo o al incumplimiento de las normas de seguridad por parte de los trabajadores como causas de los accidentes, mientras que éstos culpaba a las deficiencias existentes en el lugar de trabajo y a la ineficacia de la dirección. Además, en los sectores considerados más peligrosos por las compañías de seguro se suelen infravalorar los riesgos (Rey y cols. 1984).

La prevención de los episodios indemnizables reduce los costes de la empresa

En teoría, el sistema de indemnización por accidentes de trabajo ha sido concebido para recompensar a las empresas que implantan sistemas de prevención efectivos que disminuyen la gravedad y frecuencia de las lesiones y enfermedades profesionales mediante una reducción de los impuestos o primas aplicables. Esta hipótesis, no siempre se confirma en la práctica. Es posible que el coste de los programas de prevención excedan del importe de la reducción de la prima, especialmente si éstas se fijan en un porcentaje de la nómina total abonada en un período en el que se han producido importantes incrementos salariales. Además, a veces, la reducción sólo es apreciable en las organizaciones muy grandes, a las que se aplican tarifas a menudo basadas en la experiencia de la empresa en cuestión, en contraste con las tarifas "manuales" de las primas que pagan las empresas menores y que reflejan la experiencia de un grupo de organizaciones pertenecientes a una región geográfica o a un determinado sector. En este último caso, los logros de una empresa pueden verse contrarrestados por la evolución desfavorable de otras del grupo.

Se da, además, la circunstancia de que, si bien es posible reducir el número y gravedad de los accidentes y lesiones, las primas se pueden disparar debido al incremento en espiral de los costes de asistencia médica y al aumento de las prestaciones por incapacidad, especialmente en los países industrializados.

En teoría —y, con frecuencia, también en la práctica— los costes de los programas de prevención se recuperan con creces con las reiteradas "reducciones" de primas que se consiguen a medida que el comportamiento positivo del coste de las indemnizaciones se prolonga, así como por el ahorro de los costes indirectos producidos por las enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo, expresados por el absentismo, la pérdida de producción y los trastornos producidos en el centro de trabajo. Estos costes indirectos pueden exceder de los gastos de indemnización de los trabajadores por enfermedad o accidente.

Actitudes de los directivos y las empresas

La mayoría de las empresas se preocupan efectivamente por la salud y el bienestar de sus trabajadores y, en muchas grandes organizaciones, esta preocupación se suele traducir en una política explícita, formalmente establecida. No obstante, hay demasiados directivos que únicamente velan por su propio estatuto y por lograr incrementos de sueldos y primas, y por ascender dentro de la organización. La competencia entre diversas áreas de una misma organización por lograr reconocimientos y gratificaciones por reducir la incidencia de lesiones y enfermedades puede conducir a la ocultación de los accidentes y a la desestimación de las reclamaciones de indemnización de los trabajadores.

Un aspecto importante de la cuestión es que, así como los programas de prevención exigen una inversión inicial de dinero y recursos, específicamente, de tiempo y trabajo de la plantilla y de honorarios pagados a los consultores, su rentabilidad se ve con frecuencia demorada o velada por episodios atípicos desvinculados. Esto se convierte en un obstáculo serio si la empresa experimenta problemas financieros y se ve obligada a limitar o incluso reducir los gastos. Este retraso en la generación de los resultados puede ser crítico para los directores de producción y los altos directivos cuyo rendimiento se valora en función de los "resultados" al final del ejercicio fiscal o del período contable de referencia. Es muy posible que tales directivos se sientan tentados de dejar la inversión en un programa de seguridad para cuando hayan ascendido en la organización y traspasen el problema a su sucesor.

Colaboración entre los interlocutores sociales

La colaboración entre los interlocutores sociales es imprescindible para el éxito de los programas de prevención de las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo. La solución ideal consiste en crear un comité paritario que investigue los problemas, diseñe programas destinados a abordarlos y supervise su aplicación.

Ocurre con demasiada frecuencia, sin embargo, que esta colaboración resulta imposible o difícil si las relaciones de la empresa con el sindicato son particularmente antagónicas. Las empresas se oponen a veces a la "intromisión" del sindicato en el funcionamiento y la actividad del lugar de trabajo, y se muestran reticentes frente al movimiento sindical en la medida en que éste sensibiliza a los afiliados respecto a los posibles peligros del centro de trabajo y les estimula a reclamar indemnizaciones por enfermedad o accidente de trabajo en casos que considera insuficiente o erróneamente fundados. Por su parte, los sindicatos se sienten frecuentemente obligados a adoptar una postura "agresiva" frente a lo que consideran falta de interés de la empresa.

Reformas recomendadas

La reforma de los sistemas de indemnización es una cuestión compleja en la que, necesariamente, deben intervenir varias partes interesadas (los trabajadores y sus representantes, los propietarios y directivos de las empresas, las entidades aseguradoras de los riesgos profesionales, los organismos estatales y los legisladores), todas las cuales poseen intereses adquiridos que defender. Sin embargo, la enorme importancia de lo que está en juego —la salud, el bienestar y la productividad de los trabajadores y de las personas a su cargo— confiere especial urgencia a la reforma de estos sistemas. A continuación se examinan algunas de las reformas que se han recomendado.

Fiabilidad y comparabilidad de las estadísticas y del análisis de las mismas

Se realizan actualmente esfuerzos por establecer la comparabilidad internacional de las estadísticas. Ejemplo plausible de estos esfuerzos es la fórmula única para los países europeos. Se han adoptado directivas que recogen las prácticas actuales y que se basan en la frecuencia o gravedad de los casos por sectores económicos, por agentes físicos o químicos, o por las circunstancias que rodean el accidente.

Esta fórmula no se desvía sustancialmente de las prácticas actuales, como la seguida por la CNA suiza, por lo que no cabe esperar que permita superar los sesgos ya indicados. En todo caso, las autoridades suizas han reaccionado de modo favorable a las nuevas disposiciones sobre la participación de los especialistas en la salud y seguridad en el trabajo en el ámbito de la

empresa, especialmente a la idea de que la información sobre el riesgo, en lugar de depender tan sólo de las estadísticas de las compañías de seguros, provenga también de estudios epidemiológicos rigurosos.

Los Estados miembros de la Unión Europea parecen haberse adherido al principio de una fórmula uniforme para la recogida de datos. En cambio, en Estados Unidos, un estudio recientemente realizado ha puesto de manifiesto que el proyecto de creación de un banco de datos de los casos amparados por el seguro no tiene idénticas posibilidades de prosperar, según Johnson y Schmieden (1992), a pesar de la dimensión de la población asegurada y de los gastos realizados por las compañías de seguros.

En Estados Unidos, la indemnización de los trabajadores en caso de enfermedad o lesión profesional es una actividad importante, con casi 91,3 millones de trabajadores asegurados en 1988 y casi 34.000 millones de dólares abonados en prestaciones, con un coste para las empresas, en ese ejercicio, de más de 43.000 millones de dólares. En la actualidad, los costes de indemnización de los trabajadores se incrementan más rápidamente que otros costes de asistencia sanitaria, circunstancia que no parece haber sido percibida por muchas empresas, que centran su preocupación en la subida en espiral de los costes del seguro de enfermedad de sus trabajadores, a los que muchos atribuyen toda o parte de la culpa. En contraste con lo que ocurre en Europa, parece mucho menos probable que en Estados Unidos se cree una base de datos unificada. Sin embargo, se ha indicado que sería conveniente facilitar el acceso a la información sobre la indemnización de los trabajadores a las personas interesadas en conocerlos, induciendo a las bibliotecas y a los centros de datos de las ciencias de la salud a que recojan y difundan tales datos (Johnson y Schmieden 1992). Un estudio realizado por estos autores en 340 bibliotecas especializadas de los Estados Unidos y Canadá puso de manifiesto que sólo la mitad contaban con servicios de información en esta materia y que únicamente en el 10 % se preveía la necesidad de contar en el futuro con un servicio de recogida de estos datos; la mayor parte de los centros encuestados, o bien se abstuvieron de responder, o bien señalaron que no había necesidad de realizar tal labor. Dada la creciente preocupación por el rápido incremento de los costes de indemnización por accidentes de trabajo, parece razonable pensar que las empresas, las entidades aseguradoras y sus consultores presionen en favor de la creación de estos centros de datos.

Es de subrayar que ésta no es la primera vez que se ha tomado este tipo de iniciativa en Norteamérica. Como consecuencia del informe elaborado en 1981 por la Comisión conjunta de investigación de las administraciones federal y provincial de Ontario sobre la seguridad en las minas e instalaciones mineras, se recomendó la creación de una base de datos que:

- formulase definiciones claras e inequívocas de los accidentes que se deben incluir
- elaborase un perfil de cada accidente notificable (cómo, cuándo, dónde, por qué, gravedad de la lesión, etc.) y de cada trabajador (edad, sexo, clase de trabajo, tiempo en el empleo, etc.)
- facilitase información básica de las características de la población activa en su conjunto (por ejemplo, niveles de cualificación, de formación y de experiencia), junto con información sobre los niveles de producción, las horas de trabajo, etc.

En la interpretación de las estadísticas disponibles, se debe hacer hincapié en los índices definidos como umbrales de tiempo de baja laboral, y conceder un mayor peso a los índices

menos sujetos a la influencia de factores socioeconómicos (Léger y Macun 1990).

Separar la indemnización de la prevención

Se ha aducido que la finalidad de los sistemas de indemnización por accidentes de trabajo se debe circunscribir a la recaudación y asignación de los fondos destinados al pago de las prestaciones a los trabajadores previstas en la legislación aplicable, en tanto que la prevención de las lesiones y enfermedades profesionales es una materia distinta, cuya competencia debe confiarse a otras organizaciones.

Mikaelsson y Lister (1991), por ejemplo, apuntan a que el abuso de los sistemas de indemnización que se produce en Suecia pone seriamente en tela de juicio la validez de los datos recopilados en ese país sobre los accidentes y enfermedades, que no resultan en absoluto útiles como base del diseño de los programas de prevención. Afirman que los sistemas suecos de indemnización permiten la interposición de múltiples recursos y se prestan a la arbitrariedad. Sus costes se han venido elevando rápidamente, en gran parte porque la indemnización se suele conceder sin pruebas suficientes de la relación entre el trabajo y la lesión o la enfermedad, debido a que las normas de tramitación desalientan la investigación rigurosa de la causa efectiva.

Esta tendencia a desdibujar o soslayar enteramente la cuestión de la relación causal hace que los datos suecos arrojen una idea confusa de las lesiones y enfermedades profesionales. Es posible que el número de casos comunicados de ciertas enfermedades, como los dolores lumbares, esté sobredimensionado, al mismo tiempo que es probable que se hayan pasado totalmente por alto las causas de otras enfermedades.

Es de subrayar en este punto que la nueva normativa sueca en materia de indemnización, influida por la proliferación de reclamaciones, especialmente por molestias lumbares, está en retroceso. Tal como funciona en la actualidad, el sistema no induce a las empresas a investigar y eliminar las causas reales de las lesiones y enfermedades profesionales. La investigación rigurosa de la naturaleza, la amplitud y el control de los riesgos profesionales se podría delegar en otros organismos previstos en diferentes disposiciones de la legislación sueca (véase "Estudio de caso: Suecia", en la página 26.30).

Burger (1989) va más allá, al recomendar que todas las lesiones y enfermedades profesionales se indemnicen sin condiciones previas y que los sistemas de este tipo se incorporen al régimen general de la seguridad social. Por otra parte, afirma que, si se mantiene el requisito de la prueba de la relación causal para el pago de la indemnización, será preciso que esa prueba se practique con rigor, observando todos los criterios tradicionalmente exigidos para la validez y calidad de la información médico-científica.

Fusión de la asistencia sanitaria general con la atención médica de los casos indemnizables

En algunos países, el tratamiento de las personas aquejadas de lesiones y enfermedades indemnizables está reservado a los médicos y profesionales sanitarios en posesión de la titulación específica que acredita sus conocimientos y cualificación en el tratamiento de tales problemas. Con esto se pretende garantizar la calidad de su asistencia.

En algunos casos, esta política ha surtido, justamente, los efectos contrarios. En efecto, la inmensa mayoría de las lesiones que atienden estos profesionales son relativamente leves y apenas precisan asistencia más allá de los primeros auxilios, por lo que revisten escaso interés profesional para los médicos. Por otra parte, en los países en que los honorarios legalmente establecidos para el tratamiento de estos casos son inferiores a los habituales, existe un incentivo económico para incrementar el

número y la amplitud de los tratamientos. Por ejemplo, en el baremo de honorarios por el tratamiento de casos indemnizables vigente en el estado norteamericano de Nueva York se establece, para el tratamiento de cortes y laceraciones, un complemento de un dólar por cada punto de sutura, hasta un máximo de diez dólares. Esto hace que no sea infrecuente ver heridas pequeñas cerradas con diez puntos de sutura, incluso en casos en que bastaría la colocación de apósitos adhesivos. Además, por razones de cercanía a los lugares de trabajo, las consultas médicas y los ambulatorios dedicados al tratamiento de los casos amparados por el sistema de indemnización de los trabajadores suelen estar ubicados en distritos industriales, que no son por regla general, las zonas más atractivas de las ciudades. Todo esto hace que la atención de las lesiones y enfermedades profesionales no ocupe un lugar destacado en la escala de preferencias de los profesionales de la medicina.

Además, desde otro punto de vista, en las áreas en que existe escasez de personal y de infraestructura médica, las enfermedades y lesiones profesionales deben tratarse forzosamente en el ambulatorio o la consulta más cercanos, que pueden estar dotados con carácter mínimo de medios específicos para el tratamiento de los problemas de salud relacionados con el trabajo. Este problema es particularmente acuciante en las áreas no urbanizadas ni industrializadas, así como para las empresas demasiado pequeñas para contar con un servicio propio de asistencia sanitaria a los empleados.

En el extremo opuesto de quienes abogan por separar la prevención de la indemnización se sitúan los que optarían por promoverla en el marco del sistema de indemnización por accidentes de trabajo. Es lo que se observa especialmente en Alemania, y también en Suiza, país en el que entró en vigor en 1984 la nueva Ley del seguro de accidentes, que abarca todo el campo de la seguridad en el trabajo. Entonces se creó la comisión federal de coordinación (CFST), integrada por representantes de la confederación y de los cantones, así como por delegados de la CNA y de otras entidades aseguradoras, tanto públicas como privadas.

Entre las responsabilidades de la CSFT figura la elaboración de reglamentos técnicos en forma de directivas sobre prevención de accidentes y enfermedades profesionales. También es responsable de financiar los costes de inspección de los centros de trabajo por parte de los organismos competentes en materia de seguridad industrial (por ejemplo, reembolsando a los cantones).

La CNA es la principal entidad aseguradora de las enfermedades y lesiones profesionales y, en el ámbito de la seguridad industrial, supervisa el cumplimiento de las normas de prevención de accidentes de trabajo en unas 60.000 empresas: aquellas que, en principio, exponen a sus trabajadores a los peligros más graves (por ejemplo, las que producen o utilizan explosivos o emplean una mayor cantidad de disolventes, y las industrias químicas). La CNA elabora asimismo directivas sobre los límites —que han de respetar supuestamente las empresas— de concentración de sustancias tóxicas en el trabajo.

En su calidad de organismo competente para aplicar la ley mencionada y sus reglamentos, la CNA está obligada a comunicar a las empresas y a sus trabajadores sus obligaciones respectivas. La empresa está obligada a tomar todas las medidas previstas en el reglamento de prevención de accidentes y enfermedades profesionales. Los trabajadores, por su parte, tienen la obligación de cumplir las instrucciones de la empresa en relación con la seguridad en el lugar de trabajo.

Durante las inspecciones de las fábricas que la CNA (u otros órganos supervisores, especialmente cantonales) realiza con el objeto de verificar el cumplimiento de la normativa, la empresa está obligada a permitir el acceso de los inspectores a todas las dependencias y lugares de trabajo. Si se descubre alguna

infracción, la CNA apercibe a la empresa y fija un plazo para la subsanación de la infracción. Si no se atiende al apercibimiento, dispone, mediante orden ejecutiva, la adopción de las medidas pertinentes. En caso de incumplimiento, se puede elevar la categoría de riesgo de la empresa, con el consiguiente incremento de la prima. La entidad aseguradora (la CNA u otra) puede adoptar inmediatamente la decisión de incrementar la prima. Además, el organismo ejecutivo (especialmente la CNA) puede adoptar medidas coercitivas, con asistencia, en su caso, las autoridades cantonales.

Si bien los servicios técnicos de la CNA participan en las visitas a las fábricas, también asesoran a las empresas en cuestiones de seguridad.

En el ámbito de las enfermedades profesionales, las empresas deben velar por que los trabajadores amparados por el sistema de indemnización se sometan a reconocimientos médicos preventivos realizados por el facultativo más próximo o por los servicios médicos de la propia CNA. Esta última determina el contenido de dichas exploraciones y decide en última instancia sobre la aptitud del trabajador para desempeñar el puesto de trabajo.

Todas las medidas técnicas y sanitarias que la empresa deba tomar para cumplir sus obligaciones legales serán a su cargo. Las actividades administrativas y de inspección del CFST se financian mediante una prima complementaria.

Tanto la CNA como las demás entidades aseguradoras están obligadas a facilitar al CFST la información necesaria para el desarrollo de su actividad, especialmente mediante la elaboración de estadísticas de accidentes y enfermedades profesionales. Cuando se promulgó un nuevo reglamento sobre los médicos de empresa y otros especialistas en temas de seguridad, la oficina federal de la seguridad social (OFAS) emitió su informe número 92.023/1992. En él se afirma que el análisis del riesgo no puede basarse únicamente en las estadísticas de accidentes y enfermedades profesionales disponibles para las autoridades (casos conocidos), sino también en los estudios epidemiológicos realizados tanto en Suiza como en el extranjero.

Por último, corresponde al CFST promover información y los conocimientos sobre la seguridad en el trabajo en todos los niveles. En Ginebra, el CFST organiza con la CNA la inspección de los lugares de trabajo, con el apoyo de investigadores universitarios, conferencias y cursillos prácticos sobre seguridad dedicados a las empresas ginebrinas y los terceros interesados. Esta iniciativa está patrocinada por una comisión tripartita, financiada principalmente por el cantón e integrada por representantes de la Administración, las empresas y los trabajadores.

Abandono del criterio de la relación causal unidimensional en favor de un enfoque multifactorial de la relación entre la enfermedad y el riesgo en el lugar de trabajo

En la mayoría de los accidentes de trabajo que producen lesiones o la muerte existe una relación causal clara y directa entre el incidente y el resultado traumático. Esta "regla de oro", sin embargo, es difícil de aplicar cuando se trata de enfermedades profesionales, que suelen obedecer a una multiplicidad de causas. La relación causal se ve complicada aún más por el largo período de latencia que transcurre entre la exposición inicial al riesgo y los síntomas detectables de la enfermedad. En muchas enfermedades profesionales, como el cáncer relacionado con el trabajo, resulta difícil, cuando no imposible, determinar una causa específica y relacionarla con un determinado riesgo o conjunto de riesgos presentes en un lugar de trabajo. Esto hace que, en lugar de acudir a los servicios de indemnización por enfermedad profesional, muchos trabajadores aquejados de estas enfermedades opten por el sistema general de asistencia sanitaria (representado

en Estados Unidos por los seguros privados de enfermedad y por el programa Medicare para las personas de mayor edad, y por el plan Medicaid para los más pobres) y recurran al sistema público de asistencia social si necesitan ayuda financiera.

Por consiguiente, "a todos los efectos prácticos, las empresas contribuyen poco o nada a la atención de las enfermedades profesionales y, de hecho, están subvencionadas por el sistema público de asistencia social y por los propios trabajadores" (Mallino 1989).

Los resultados de un estudio realizado en la Suiza francófona (Rey y Bousquet 1995; Von Allmen y Ramaciotti 1993) llegaron a esta misma conclusión. Los seguros de enfermedad se ven, pues, obligados a sufragar, a expensas de los asegurados y de los contribuyentes, los costes de unos problemas de salud directamente relacionados con la actividad desarrollada en el lugar de trabajo, como los dolores de espalda que sufren los trabajadores que transportan cargas pesadas.

Como las empresas no se consideran obligadas a subsanar los problemas de los puestos de trabajo que son, en todo caso, responsables de estos peligros para la salud, se produce una anomalía igualmente malsana desde el punto de vista de la prevención, que debe basarse en los casos registrados por los sistemas de indemnización de los trabajadores.

Para resolver estos problemas, Mallino propone un enfoque que sólo exige demostrar que la exposición profesional ha constituido un factor coadyuvante de la enfermedad y no su causa directa, inmediata y única. Este enfoque es mucho más congruente con la moderna ciencia médica, que ha demostrado la multiplicidad de causas de numerosas enfermedades.

Partiendo de una serie de supuestos basados en la totalidad de la población activa, Mallino se remite a la denominada "regla del 30 %". Si la incidencia de una determinada enfermedad en una muestra de trabajadores expuesta a un riesgo es un 30 % superior a la registrada en una muestra comparable de población no expuesta, la enfermedad debe considerarse relacionada con el trabajo. Para poder optar a la indemnización por enfermedad profesional, el trabajador que la contraiga sólo tendrá que demostrar que se encontraba dentro del grupo expuesto al riesgo y que su nivel de exposición ha sido suficiente para contribuir a la aparición de la enfermedad (Mallino 1989).

Es de subrayar que este método probabilístico ha sido recogido en la legislación de algunos países, como Suiza, en la que se reconocen dos categorías de enfermedades. En la segunda categoría se pueden incluir casos no previstos en la lista de enfermedades profesionales o no provocados por agentes químicos o físicos reconocidamente nocivos en el lugar de trabajo. En la práctica actual de la CNA, la admisibilidad de los casos individuales se basa también en el concepto de probabilidad, en especial por lo que respecta a los traumatismos del sistema musculoesquelético.

Promoción de la rehabilitación y vuelta al trabajo: propuestas de los terapeutas

Un método importante para reducir los costes humanos y económicos de las enfermedades y lesiones amparadas por los sistemas de indemnización de los trabajadores se basa en promover la rehabilitación y la pronta vuelta al trabajo, sobre todo en el caso de las lesiones de la columna vertebral y otros trastornos musculoesqueléticos, que gravan considerablemente el presupuesto de dichos sistemas en Estados Unidos y los países del norte de Europa (Mikaelsson y Lister 1991; Aronoff y cols. 1987).

Según Walsh y Dumitru (1988), los trabajadores que tienen más problemas para volver al trabajo después de una baja por enfermedad son los que gozan de un mejor seguro. Esta constatación justificaría la reforma de las relaciones entre las diversas

partes interesadas. "Aunque se hacen progresos en el tratamiento, parece necesario modificar nuestro actual sistema de pago de las prestaciones, con objeto de optimizar la recuperación de las lesiones. Es preciso investigar el modo de reducir los antagonismos entre el paciente, la empresa y la entidad aseguradora."

Aronoff y cols. (1987), recordando los costes generados por los dolores de espalda en Estados Unidos, proponen adoptar sistemas de reeducación que permitan a los asegurados volver al trabajo y escapar de la trampa de la "incapacidad crónica".

"La deficiencia es un concepto médico, que hace referencia a una disminución de las funciones orgánicas o corporales. La incapacidad es un concepto jurídico, que remite a una limitación del rendimiento específico para determinadas tareas. El síndrome de incapacidad crónica es el estado en que se encuentran las personas que, estando en condiciones de trabajar, optan por permanecer en incapacidad. A menudo, la incapacidad es el resultado de una lesión menor que, no obstante, se complica con la inaptitud para afrontar otros problemas vitales. El síndrome se caracteriza por una baja laboral como mínimo de seis meses; la presentación de una reclamación de indemnización por incapacidad y el cobro de una indemnización; quejas por parte del paciente desproporcionadas a los hallazgos objetivos, falta de motivación para la recuperación y una actitud negativa ante la reincorporación al trabajo." (Aronoff y cols. 1987).

Von Allen y Ramaciotti (1993) han analizado el proceso que lleva al dolor lumbar crónico en las personas afectadas, adscritas a diferentes trabajos. La complejidad del problema se hace aún más evidente durante una recesión económica, en la que se produce mayor movilidad funcional y las perspectivas de volver a un puesto de trabajo menos agotador se limitan progresivamente.

El síndrome de incapacidad crónica se suele asociar al dolor crónico. Se ha estimado, sobre la base de los datos recogidos en 1983 en Estados Unidos, que entre 75 y 80 millones de norteamericanos padecen dolor crónico que produce unos costes anuales de entre 60.000 y 65.000 millones de dólares. De esta cifra, unos 31 millones sufren dolores lumbares, y las dos terceras partes, aproximadamente, manifiestan experimentar limitaciones de su actividad social y laboral. El dolor crónico deja de tener una función de adaptación, para convertirse en la enfermedad misma (Aronoff y cols. 1987).

No todas las personas que sufren dolor crónico están incapacitadas; de hecho, muchas pueden volver a la actividad después de ser tratadas en centros específicos que siguen un enfoque multidisciplinario y atienden a los aspectos psicosociales del caso. El éxito de estos tratamientos está en función del nivel de estudios, la edad (pues, lógicamente, los trabajadores de mayor edad tienen más dificultades que los más jóvenes para superar los trastornos mecánicos) y la duración de la baja laboral (Aronoff y cols. 1987).

Los trabajadores que en mayor medida dejan de percibir las prestaciones del sistema de indemnización por enfermedad profesional para reincorporarse al trabajo son, entre otros, los que se han puesto rápidamente en tratamiento y han sido remitidos sin pérdida de tiempo a los servicios de rehabilitación, los que logran sobreponerse realmente al dolor y aplican con éxito las técnicas de reducción del estrés, los que tienen un historial laboral positivo y los que se realizan en el empleo y experimentan un mayor nivel de satisfacción en el puesto de trabajo (Aronoff y cols. 1987).

En algunos sistemas de indemnización de los trabajadores, el pago de prestaciones cesa repentinamente y el caso se cierra tan pronto como el trabajador incapacitado regresa al trabajo. Si después la incapacidad recurre o se presentan nuevas complicaciones, el trabajador debe repetir los trámites administrativos y

esperar más o menos tiempo para reanudar el cobro de las prestaciones. Esta circunstancia hace que muchas veces sea extraordinariamente difícil convencer a los trabajadores de que están lo bastante recuperados para regresar al trabajo. Para superar tal obstáculo, en algunos regímenes se establece un período de prueba, durante el cual prosigue el pago de las prestaciones, mientras el trabajador trata de reincorporarse a su antiguo puesto de trabajo o comprueba si la reconversión le ha hecho capaz de desempeñar otro. En estas condiciones, nada tiene que perder si el ensayo resulta infructuoso.

Enfoques ergonómicos: desde el punto de vista de la prevención del riesgo

Hemos de agradecer fundamentalmente a los ergónomos francófonos (miembros de la SELF, sociedad internacional de ergónomos francófonos) que nos hayan mostrado la compleja red de conexiones entre el puesto de trabajo y los accidentes. Sobre la base de los estudios realizados por sus colaboradores en las minas de carbón, Favrege (1977) creó un método de análisis de los accidentes que todavía se aplica en el INRS de Francia.

Para que el método sea útil, no es preciso que los efectos sobre la salud sean serios y produzcan graves lesiones. Así es como se han establecido conexiones sumamente complejas entre el trabajo con pantallas de visualización y la fatiga visual (Rey, Meyer y Bousquet 1991).

El establecimiento de estas conexiones confiere a los ergónomos una base útil para proponer la adopción de medidas preventivas en los diferentes niveles del flujo de trabajo.

El análisis ergonómico de los puestos de trabajo se ha convertido en una técnica de uso corriente fuera de la SELF, como lo prueba el hecho de que algunos de los autores que se citan posteriormente son tanto estadounidenses o canadienses como europeos.

La originalidad del análisis ergonómico de los puestos de trabajo reside en que no se puede prescindir de la participación del trabajador. Esto es así porque, además del conocimiento que el trabajador posee de los condicionamientos de su puesto de trabajo, su percepción del riesgo, como se ha indicado anteriormente, depende de muchos factores que son ajenos a los análisis técnicos de la situación que realizan los ingenieros y los especialistas en seguridad.

En la ejecución de sus tareas, el trabajador no siempre sigue al pie de la letra los consejos del especialista en materia de seguridad, sino que se guía igualmente por su actitud ante el trabajo y su percepción del riesgo. Como observan Walters y Haines (1988):

La percepción de los peligros por parte del trabajador se estructura y se expresa de forma diferente que el paradigma médico-tecnológico de la salud y seguridad en el trabajo. Las principales fuentes de información sobre los productos químicos, por ejemplo, no son los supervisores, los delegados de salud y seguridad ni los cursos de formación, sino la experiencia personal, las observaciones de los compañeros o, simplemente, las sensaciones. Los trabajadores utilizan un conjunto diferente de conocimientos empíricos que están incluidos en los conocimientos técnicos.

En Quebec, Mergler (citado por Walters y Haines) señala (1987) que la experiencia de los trabajadores merece un mayor reconocimiento, aunque presentan alguna deficiencia. Su amplia experiencia en la realización de estudios de campo le ha mostrado que resulta difícil conocer la opinión de los trabajadores si éstos piensan que la revelación de sus condiciones de trabajo puede hacerles perder el empleo.

Durrafourg y Pélegrin (1993) se distancian aún más de las pautas de causalidad de las entidades aseguradoras y las

autoridades responsables de la seguridad. En su opinión, para que la prevención sea efectiva, es preciso considerar la salud de los trabajadores y las condiciones de trabajo como un sistema global.

Si bien los riesgos importantes pueden ser una causa preponderante (por ejemplo, el nivel de ruido que se soporta o la presencia de una sustancia química nociva en un caso de intoxicación), no ocurre así con la mayoría de los problemas que afectan a las condiciones de trabajo, la higiene y la seguridad. Según Durrafourg y Pélegrin, en este caso el riesgo "está constituido por la intersección de las exigencias del trabajo, la condición de los trabajadores y las limitaciones que las circunstancias imponen al puesto de trabajo".

Si, por ejemplo, los trabajadores mayores sufren menos accidentes que los menos antiguos, es porque "han adquirido un sentido de la prudencia y unas pautas eficaces para la evitación del peligro".

El análisis ergonómico debe hacer posible la identificación de "los factores a partir de los cuales es posible revalorizar el sentido de prudencia de los trabajadores y proporcionarles los medios que precisan para proteger su salud y seguridad."

En resumen, según los ergónomos y los médicos del trabajo con una formación moderna, el riesgo no se traduce únicamente en el conocimiento del entorno físico, químico y bacteriológico, sino también en el conocimiento del entorno social y de las características de los grupos de trabajadores. Habría que realizar un estudio en profundidad del puesto de trabajo, en el sentido ergonómico del término, por cada uno de los casos registrados. Este esfuerzo de análisis es realizado sólo parcialmente por los responsables (inspectores de trabajo, servicios de salud y seguridad de las empresas y servicios médicos), pero habría que avanzar en esta dirección para lograr una prevención efectiva.

Equiparación de la protección social

Enfrentados con unos gastos crecientes que sólo en parte se deben a los costes de indemnización de los trabajadores por accidente y enfermedad laboral y de los programas de prevención, las empresas están transfiriendo puestos de trabajo de los países industrializados a regiones menos desarrolladas, en las que los salarios y otras prestaciones suelen ser menores y la normativa y la administración de la salud y seguridad en el trabajo son menos gravosas. Ante la perspectiva de instalar medidas de seguridad a menudo costosas, algunas empresas optan por cerrar las fábricas y trasladarlas a otras áreas con costes salariales inferiores. Dado el consiguiente incremento del desempleo, es posible que muchos trabajadores no tengan un puesto de trabajo al que reincorporarse cuando finalizan su rehabilitación y opten por seguir percibiendo las prestaciones por incapacidad mientras pueden (Euzéby 1993).

Para afrontar la competencia de las regiones con niveles salariales inferiores, las empresas reducen sus plantillas y exigen una mayor productividad a los trabajadores que conservan. Dada la tendencia paralela a desestimar o diferir la solución de los problemas de seguridad en el lugar de trabajo, es posible que aumente el número de accidentes y lesiones y que se incremente la presión sobre los sistemas de indemnización de los trabajadores.

Al mismo tiempo, a medida que las cantidades y primas que las empresas abonaban a los sistemas de indemnización de los trabajadores —que suelen consistir en un porcentaje de la nómina y basarse en el número de trabajadores empleados— se reducen al disminuir la plantilla, es posible que los recursos de estos sistemas experimenten igualmente una reducción. Esto ya se ha producido en Suiza, donde la CNA se ha visto forzada a reducir el personal.

En Estados Unidos, una iniciativa legislativa tendente a reducir la función de la administración federal en la regulación y aplicación de la legislación sobre salud y seguridad y transferirla a los estados y entidades locales, no ha ido acompañada de créditos presupuestarios y de subvenciones de cuantía suficiente para desempeñar correctamente la función.

Tchopp (1995) aboga por una equiparación de la protección social en el ámbito internacional que contribuya a mantener los sistemas de indemnización de los trabajadores en el mismo nivel que los programas de prevención existentes en los países desarrollados y a mejorar las condiciones de trabajo y el bienestar de los países en vías de desarrollo. El autor subraya que el objetivo en esos países debe consistir en mejorar la vida de sus trabajadores.

Conclusiones

Aunque podría ser mejor, la labor de los sistemas de indemnización de los trabajadores en la prestación de asistencia sanitaria y servicios de rehabilitación, y en el pago de prestaciones por incapacidad a los trabajadores aquejados de lesiones relacionadas con el trabajo, se puede calificar de buena. En cambio, se observan importantes deficiencias en la gestión de las enfermedades profesionales. Esta podría mejorar significativamente si se extendiese la cobertura de la legislación aplicable a un mayor número de enfermedades profesionales no fingidas, se mejorasen los sistemas estadísticos y los estudios epidemiológicos que permiten conocer los efectos de esas enfermedades en el lugar de trabajo, y se prestase la debida atención a los avances médicos y científicos que establecen la multicausalidad de muchas de estas patologías.

La función de los sistemas de indemnización de los trabajadores en la prevención de las enfermedades y lesiones profesionales, al margen de la aportación de datos sobre su epidemiología, es problemática. La presunción de que la aplicación de unos sistemas eficaces de prevención permite reducir los impuestos y primas que abonan las empresas tal concepto, no siempre se cumple en la práctica. Algunos, incluso, abogan por separar las obligaciones de prevención de la gestión del sistema de indemnización de los trabajadores y delegarlas en otra organización, en la que los especialistas en salud y seguridad en el trabajo desempeñen una función más importante. Como mínimo, la prevención exige una adecuada regulación legal y una aplicación más rigurosa, a ser posible, en el plano internacional, con objeto de equiparar las condiciones existentes en los países en desarrollo con las que disfrutaban los países desarrollados.

La OIT debe instar a los países miembros a elaborar políticas rigurosas en el campo de la prevención de accidentes y enfermedades profesionales, en el sentido más amplio de la expresión.

● PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN E INDEMNIZACIÓN EN EL SISTEMA ALEMÁN DE SEGURO DE ACCIDENTES

Dieter Greiner y Andreas Kranig

Fundamentos y desarrollo

El sistema obligatorio de seguro de accidentes se creó como ramo autónomo de la seguridad social en virtud de la Ley del seguro de accidentes de 1884 y está en vigor desde 1885. Sus funciones son las siguientes:

- El sistema de seguro de accidentes, utilizando los medios adecuados, debe colaborar en la *prevención* de las enfermedades

profesionales y de los accidentes relacionados con el trabajo. Esta función se debe ampliar en el futuro.

- El sistema ofrece una indemnización global de las lesiones o de los daños y perjuicios en caso de accidente relacionado con el trabajo o de enfermedad profesional. En este aspecto, su objetivo primordial es devolver la salud al asegurado y reintegrarle a la vida profesional y social (rehabilitación médica, profesional y social). Además, concede prestaciones periódicas cuando los problemas de salud son de carácter permanente. Si se produce el fallecimiento, los familiares perciben pensiones y otras prestaciones en metálico.

A lo largo de su historia, el sistema se ha ido modificando y ampliando en muchos aspectos, especialmente por lo que respecta a las empresas amparadas (la cobertura es universal desde 1942), a la población asegurada (con la inclusión, en 1971, de los alumnos de preescolar, en edad escolar y universitarios), a los casos indemnizables (cobertura, desde 1925, de los accidentes in itinere, de los accidentes que se producen al manipular cualquier equipo durante el trabajo y de las enfermedades profesionales) y a la indización de las prestaciones en metálico (general a partir de 1957). También cabe destacar el perfeccionamiento continuo de los métodos, medidas y prácticas de prevención y rehabilitación.

Estructura y organización

La gestión del seguro de accidentes corresponde actualmente, por mandato de la ley, a 110 entidades (*Berufgenossenschaften*), configuradas en su mayoría como "corporaciones de derecho público". Pueden distinguirse tres áreas:

- Seguro de accidentes de trabajo (incluidos los siniestros marítimos), gestionados por 35 entidades configuradas por sectores de actividad (minería, industria química, comercio, sector de la asistencia sanitaria, etc.);
- Seguro de accidentes agrarios, gestionado por 21 entidades de ámbito regional;
- Seguro de accidentes en el sector público, representado por 54 entidades que se corresponden, en su mayoría, con las diferentes divisiones de la administración pública (organismos federales, estatales y municipales, con fondos independientes para los servicios postales, los ferrocarriles y los cuerpos de bomberos).

El segmento más importante —el seguro de accidentes de trabajo— es objeto de atención preferente en el análisis que sigue. En su condición de corporaciones de derecho público, las (*Berufgenossenschaften*) son órganos administrativos y, por tanto, forman parte del ordenamiento jurídico. Por otra parte, son autónomas y autogestionadas en muchos aspectos. Los dos órganos de administración autónoma, esto es, la asamblea de delegados y el consejo de administración de cada entidad, están integrados, por partes iguales, por representantes elegidos por las empresas y los trabajadores. Estos órganos toman las decisiones pertinentes para la gestión del seguro de accidentes dentro del marco legal. Si bien los requisitos previos y el ámbito de las prestaciones están regulados por las leyes de forma casuística, el sistema de seguro de accidentes disfruta de un alto grado de autonomía de gestión y de toma de decisiones en la fijación de las primas y, sobre todo, en el campo de la prevención, que en el marco de la gestión autónoma se traduce en la promulgación de reglamentos de organización y de aplicación. Los órganos administrativos de las *Berufgenossenschaften* deciden igualmente en materia de organización, presupuestaria y de personal. La supervisión ejercida por las autoridades públicas garantiza la legalidad de las decisiones tomadas por los órganos de gestión y por el personal administrativo.

Tendencias de los índices de siniestralidad y de las finanzas

El número de accidentes relacionados con el trabajo e in itinere experimentó una reducción sostenida durante muchos años, hasta que la tendencia se invirtió tras la incorporación de los nuevos estados federales en 1991. La tendencia del sistema de seguros de accidentes de trabajo puede resumirse indicando que el índice de siniestralidad —esto es, la frecuencia de accidentes de trabajo e in itinere por cada 1.000 trabajadores a tiempo completo— se redujo a menos de la mitad entre 1960 y 1990. Esta tendencia positiva es todavía más clara por lo que respecta a los accidentes graves indemnizables mediante prestaciones periódicas, cuya frecuencia se redujo a poco más de la tercera parte. En especial, los accidentes mortales se redujeron a la cuarta parte. El comportamiento de las enfermedades profesionales no se ha ajustado a esta tendencia y su evolución durante el período considerado no registra una tendencia definida. A medida que se añadían nuevas patologías a la lista de enfermedades profesionales, el número de casos se fue incrementado, tanto en el ámbito de la prevención como respecto a la rehabilitación.

La reducción generalizada en el número y la gravedad de los accidentes amparados por el sistema de seguro ha repercutido favorablemente en los costes. Por el contrario, otros factores han contribuido a incrementar los costes: la indización de las prestaciones en metálico, el incremento global de los costes de asistencia sanitaria, el aumento del número de asegurados, la ampliación de la cobertura del seguro — especialmente de las enfermedades profesionales — y los esfuerzos por perfeccionar e intensificar las medidas de prevención y rehabilitación del sistema. En conjunto, los gastos se incrementaron en menor medida que la base salarial utilizada para calcular las primas. La prima media del seguro de accidentes de trabajo se redujo del 1,51 % en 1960 al 1,36 % en 1990. Los costes generados por la reunificación alemana indujeron un incremento de las primas, que se situaron en el 1,45 % en 1994.

La distribución de los costes entre las tres áreas de actuación (prevención, rehabilitación e indemnización económica) experimentó la siguiente evolución entre 1960 y 1994:

- La porción correspondiente a los costes de prevención aumentó del 2,6 al 7,1 %, como consecuencia de la mejora, intensificación y expansión continuas de las medidas adoptadas.
- La porción correspondiente a los costes de rehabilitación (incluido el pago de prestaciones) aumentó del 20,4 al 31,2 %. En este área, el incremento de los costes de la asistencia sanitaria no pudo ser absorbido por la disminución de la frecuencia de los accidentes.
- La porción correspondiente a los costes de las prestaciones periódicas y las pensiones se redujo del 77 % al 61,7 %. A pesar de la indización de las pensiones y prestaciones periódicas, estos costes no crecieron en la misma medida que los de rehabilitación.

En los otros ramos del sistema alemán de seguridad social, las primas crecieron sustancialmente durante el período considerado. El coste medio de las primas en el conjunto de los ramos de la seguridad social era de 25,91 marcos por cada 100 marcos abonados en salarios en 1960. Esta cifra había aumentado a 40,35 marcos por cada 100 marcos pagados en 1994. La relación entre la prima media del seguro de accidentes y la prima total cotizada al sistema de seguridad social disminuyó del 5,83 % en 1960 al 3,59 % en 1994. El porcentaje del producto nacional bruto representado por el seguro de accidentes se mantuvo en el entorno del 0,5 %. Esto significa que la economía

sólo se vio aliviada en alguna medida de las cargas de las cotizaciones sociales en el área del seguro de accidentes.

Como se ha indicado anteriormente, un factor determinante de esta tendencia positiva ha sido la reducción de la frecuencia y de la gravedad de los accidentes. Además, el sistema de seguro de accidentes ha logrado, gracias al desarrollo de los servicios de rehabilitación, prevenir o reducir el tiempo de recuperación de muchos casos de incapacidad de larga duración. Como consecuencia, el número de perceptores de prestaciones periódicas se ha mantenido prácticamente constante, a pesar del incremento del 40 % del número de asegurados registrado durante el mismo período.

La reducción de la frecuencia de los accidentes se puede atribuir a numerosas causas y factores, como la modernización de los sistemas de producción (en especial, la automatización) y el cambio estructural del predominio del sector productivo al de los sectores de comunicaciones y servicios. El esfuerzo de prevención realizado por el sistema de seguro de accidentes ha contribuido sustancialmente a este progreso económico y humanitario.

Principios y características fundamentales del sistema alemán de seguro de accidentes

El objetivo del sistema es proporcionar una cobertura global de protección social a las personas afectadas de enfermedades profesionales o víctimas de accidentes relacionados con el trabajo. El sistema exige igualmente a los responsables de los accidentes y enfermedades producidos en las fábricas de satisfacer las obligaciones contraídas con las víctimas. La actuación del sistema para alcanzar ambos objetivos ha descansado, desde su creación, en los siguientes principios fundamentales:

Se sustituye la responsabilidad de las empresas respecto a las lesiones profesionales por la obligación del sistema público de seguro de accidentes de abonar una prestación (“enervación de la responsabilidad de las empresas”). Queda, por tanto, excluido el ejercicio de acciones civiles contra la empresa o sus empleados.

Únicamente las empresas cotizan al sistema de seguro de accidentes, ya que asumen la responsabilidad de los riesgos de trabajo y el sistema se subroga en sus eventuales obligaciones.

Las acciones judiciales por responsabilidad civil de las empresas son reemplazadas por las prestaciones del seguro, basadas en el principio de indemnización de las lesiones.

Las prestaciones del seguro se abonan sin necesidad de acreditar formalmente la afiliación al seguro y sin el requisito de que la empresa comunique el siniestro en cuestión a la entidad aseguradora. Esto aporta una tutela más fiable y eficaz a todas las personas legalmente amparadas.

Por principio, las prestaciones del seguro se ofrecen al margen de toda noción de culpabilidad y sin necesidad de que los beneficiarios ejerciten acciones judiciales. Esto excluye de la relación laboral toda disputa relativa a la cuestión de la culpabilidad.

Una importante función complementaria del pago de las prestaciones es la prevención de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. El sistema, en efecto, exige a la empresa de sus responsabilidades legales, pero no de la obligación de crear un entorno de trabajo seguro y saludable. Especial importancia reviste en este aspecto la íntima relación de la prevención con la rehabilitación y con las indemnizaciones económicas.

Los principios organizativos fundamentales se han expuesto ya anteriormente (configuración de las entidades como corporaciones de derecho público, capacidad de autogestión y estructuración por sectores económicos).

Las relaciones entre las diversas áreas de actuación están presididas por dos principios. El objetivo fundamental consiste en reducir en la máxima medida posible el número de casos

indemnizables mediante la adopción de medidas preventivas (“prioridad de la prevención sobre la indemnización”). Al producirse un siniestro asegurado, el objetivo primordial debe consistir en ofrecer al asegurado la máxima rehabilitación médica, laboral y social posible. Únicamente entonces se procede a la indemnización de la incapacidad remanente mediante el pago de prestaciones en metálico (“rehabilitación antes que pensión”).

En las secciones que siguen se expone la aplicación de esos principios dentro de las áreas específicas de responsabilidad del sistema de seguro de accidentes.

Prevención

La labor de prevención descansa en varios principios. El sistema de seguro de accidentes, que soporta los costes de los accidentes relacionados con el trabajo y las enfermedades profesionales en lo que atañe a la rehabilitación y la indemnización, debe, ante todo, poseer la capacidad de prevenir las lesiones en la medida de lo posible. Las empresas deben ser conscientes de que, aunque el seguro de accidentes se haya subrogado en sus obligaciones directas frente a los trabajadores, siguen siendo responsables de la salud y la seguridad en el trabajo. La vinculación entre el seguro y la prevención de accidentes debe mostrar a todas las partes interesadas —especialmente a las empresas— que la inversión en la seguridad del lugar de trabajo es rentable, básicamente en el aspecto humano —al evitar sufrimientos a las personas—, pero también desde el punto de vista económico, a través de la reducción de las primas del seguro de accidentes y de los costes causados por las lesiones a la empresa. La estructuración del sistema por sectores económicos y la implicación de los agentes interesados en el marco de la autonomía de gestión ha generado un considerable bagaje de experiencia en el campo de la prevención y ha promovido la aceptación y motivación de los afectados. Esta íntima relación entre el seguro de accidentes y la prevención marca la diferencia entre el sistema alemán y los existentes en la mayoría de los otros países, en los que la inspección de la seguridad en el trabajo suele encomendarse a funcionarios públicos. Por supuesto, también en Alemania se inspecciona oficialmente la seguridad en el lugar de trabajo, al margen de la supervisión realizada por los servicios de las entidades aseguradoras. Pero ambos servicios se complementan y colaboran entre sí. Las competencias de los órganos de inspección públicos (inspección de los lugares de trabajo) van más allá de los servicios de supervisión técnica a cargo de las entidades del seguro de accidentes (regulación de la jornada de trabajo, protección de grupos de alto riesgo, como los jóvenes y las mujeres embarazadas, protección ambiental).

El mandato conferido legalmente al sistema de seguro de accidentes en materia de prevención se limita a las premisas básicas, concediéndose a los órganos de autogestión de las entidades respectivas una amplia autonomía en los detalles, especialmente por lo que respecta a las características específicas, dentro de los distintos sectores, aplicables a centros de trabajo concretos o conjunto de las instalaciones.

Los siguientes son los aspectos más importantes del concepto de prevención incorporado en el sistema:

Las *Berufgenossenschaften* cursan instrucciones —que tienen fuerza de ley para los asegurados y las empresas— para la prevención de accidentes en determinadas áreas de riesgo. Están autorizadas para imponer sanciones (multas) a los que vulneren sus instrucciones, basadas en la experiencia adquirida y actualizadas continuamente en función del desarrollo tecnológico.

Cada entidad aseguradora cuenta con sus propios servicios especializados de supervisión, que además asesoran a las empresas. Los equipos están integrados por monitores

especialmente cualificados —sobre todo, ingenieros y científicos— apoyados por especialistas en otras disciplinas aplicables en el sector de actividad en cuestión. Las competencias de los servicios de inspección se extienden, desde la prestación de asesoramiento relativo a las normas de obligado cumplimiento hasta el cierre parcial de una planta en caso de riesgo grave para la salud.

Las entidades aseguradoras ofrecen a los médicos de empresa y a los especialistas en cuestiones de seguridad asesoramiento, formación, información y asistencia en el trabajo. Los especialistas internos en seguridad laboral prestan un valioso asesoramiento a los servicios de inspección. Esta cooperación de ámbito sectorial, al hacer posible la detección anticipada de los peligros de accidente y de los riesgos sanitarios de origen profesional, permite adoptar medidas de prevención.

Los servicios de inspección de las entidades aseguradoras verifican si las empresas cumplen su obligación de contratar médicos del trabajo y especialistas en seguridad. Algunas asociaciones sectoriales cuentan con sus propios equipos al respecto, que ponen a disposición de las empresas afiliadas que carecen de ellos.

La formación y educación continua de los responsables de aplicar las normas de seguridad laboral en los centros de trabajo es, básicamente, responsabilidad de las entidades aseguradoras. Los programas de formación se ajustan a las necesidades de los distintos sectores. Estos programas se diseñan y estructuran en función de los diversos niveles de responsabilidad en la empresa a los que están dirigidos. Muchas compañías de seguro de accidentes cuentan con centros de formación propios.

Las entidades aseguradoras plantean a los trabajadores y sus empresas cuestiones relativas a la seguridad en el lugar de trabajo y les mantienen informados y motivados para mejorar la prevención. La labor de prevención se ha centrado últimamente en la pequeña y mediana empresa.

Los servicios de inspección técnica de las entidades aseguradoras también asesoran a los trabajadores sobre los riesgos para la salud y la seguridad en el trabajo. A este respecto, adquiere especial relieve la cooperación con los comités de empresa, como representantes de los intereses de los mismos. Los trabajadores deben participar y aportar su experiencia en la organización del entorno de trabajo. A menudo, la solución práctica de los problemas de seguridad pasa por intensificar su participación. El aumento del nivel de seguridad puede redundar en una mayor motivación de los trabajadores y una mayor satisfacción en el trabajo, con efectos positivos en la productividad.

Los servicios de inspección técnica de las entidades aseguradoras realizan inspecciones rutinarias de los centros de trabajo e investigan los casos de accidente o de enfermedad profesional. Pueden realizar diversas mediciones y evaluaciones de los peligros en presencia, con objeto de proponer las medidas de prevención correspondientes. Los resultados de estas mediciones, del análisis de los lugares de trabajo y de sus problemas, junto con la experiencia acumulada por la medicina del trabajo, se recopilan aplicando modernos sistemas informáticos y se aplican a la mejora de la prevención.

Las entidades aseguradoras cuentan con centros de prueba especializados en la verificación de toda clase de equipos y elementos de seguridad. Los resultados de estas pruebas y el asesoramiento prestado por los fabricantes y operadores de equipos técnicos les aportan una información pormenorizada que más tarde aplican en la labor práctica de prevención en los centros de trabajo e incorporan a las normas nacionales, europeas e internacionales.

Las *Berufgenossenschaften* han realizado, promovido o financiado por su cuenta numerosos proyectos de investigación que responden a necesidades y aplicaciones prácticas y que han

contribuido a mejorar la protección de la salud y la seguridad en el trabajo.

En interés de las empresas y de sus trabajadores, el esfuerzo de las entidades aseguradoras en el campo de la prevención de accidentes se orienta a ordenar las medidas de protección de la salud y la seguridad en el trabajo de la forma más eficiente y económica posible. Las estrategias de aplicación deben tener igualmente un carácter eminentemente práctico. También se supervisa la efectividad del esfuerzo de prevención.

Ambito de la protección del seguro

Los asegurados

Disfrutan de la cobertura del sistema de seguro de accidentes los trabajadores y el personal en formación. La cobertura se concede con independencia del sexo, la edad, el estado civil, la nacionalidad, el nivel de remuneración y la antigüedad en el empleo. Es igualmente independiente de que la empresa haya o no contratado con la entidad aseguradora y de que se encuentre al corriente del pago de las primas.

Los trabajadores a domicilio y los empleados en sectores de trabajo doméstico disfrutan del seguro por imperativo legal, al igual que las personas que reciben rehabilitación por cuenta de un organismo de la seguridad social y que los trabajadores de algunos sectores. Los restantes trabajadores se pueden incorporar voluntariamente al sistema.

En el sistema de seguro de accidentes agrario están amparados obligatoriamente los trabajadores, y los empleadores y los cónyuges de estos últimos.

En el seguro de accidentes en el sector público están incluidos, aparte de los trabajadores, muchos otros grupos, como los alumnos en edad preescolar y escolar y los universitarios (aunque no los funcionarios ni los militares). También disfrutan de cobertura las personas que realizan una labor de interés público y los reclusos que trabajan. Una gran parte de los beneficiarios de este ramo del seguro están exentos del pago de las primas, que es asumido por la administración federal, estatal o local.

Los supuestos asegurados

En el sistema de seguro de accidentes, los casos asegurados, o siniestros, son los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. Se consideran relacionados con el trabajo los accidentes in itinere y los ocurridos con ocasión del manejo de cualquier equipo. Los criterios determinantes de la cobertura de un siniestro son los siguientes:

- Pertenencia a un grupo asegurado;
- Producción de una lesión corporal en virtud de un accidente relacionado con el trabajo;
- Ejercicio de una actividad amparada en el seguro en el momento de la producción del accidente o de la enfermedad; consideran actividades amparadas las que tienen una vinculación estrecha con la relación laboral;
- Un accidente o enfermedad producidos por una actividad amparada por el seguro.

La culpa del asegurado no enerva su derecho. Sin embargo, si las únicas causas sustantivas del accidente son imputables a la esfera no profesional —por ejemplo, si el siniestro se produce mientras el sujeto se halla bajo los efectos del alcohol o en el curso de una disputa violenta—, la cobertura no se hace efectiva. Tampoco se aplica ésta si las lesiones, aun habiéndose producido durante el desarrollo de una actividad asegurada, son el resultado de un problema de salud anterior; esto se aplica

especialmente a los ataques cardíacos y las luxaciones de discos intervertebrales.

Las enfermedades profesionales (esto es, las reconocidas médicamente como producidas por causas específicas a las que determinados grupos de trabajadores están expuestos en mayor medida que el resto de la población) figuran en una lista oficial. Si surge información nueva respecto a una enfermedad no incluida en esta última, las entidades aseguradoras pueden reconocer, no obstante, la indemnización.

Comunicación y registro estadístico de los casos amparados en el seguro

Por regla general, las entidades aseguradoras abonon las prestaciones del seguro de accidentes sin necesidad de reclamación alguna del asegurado. Por tanto, los casos han de serles comunicados por otras vías; de hecho, los médicos, empresas y hospitales tienen la obligación de realizar la comunicación. A partir de estos partes se elabora una exhaustiva estadística de los accidentes y enfermedades profesionales.

Rehabilitación

El sistema está legalmente obligado a conceder prestaciones globales de rehabilitación médica, social y profesional al producirse un accidente o declararse una enfermedad profesional. Con este mandato se persigue, en la medida de lo posible, devolver la salud y reintegrar al paciente a la vida laboral y social. En el espíritu del principio anteriormente mencionado de “rehabilitación antes que prestación”, el sistema presta todos los servicios de rehabilitación propios de una entidad aseguradora “en un único paquete”. Esto permite gestionar un programa de rehabilitación ágil y coherente, adaptado al estado de salud, nivel de estudios y situación personal del paciente. La entidad aseguradora no se limita al pago de las prestaciones y al tratamiento del paciente. Por el contrario, dispone de personal médico especializado y equipado que le permite optimizar el proceso de rehabilitación, tanto en sus propios centros asistenciales —especialmente en el caso de las víctimas de quemaduras graves y de lesiones craneanas, cerebrales y de la médula espinal— como mediante la observación, la asistencia personalizada y, en su caso, la reconducción del proceso de rehabilitación. Se aplican los criterios siguientes:

Rehabilitación médica

La entidad aseguradora debe procurar que el tratamiento específico se inicie a la mayor brevedad posible después del accidente. En caso necesario, aquél corre a cargo de médicos especialistas o médicos del trabajo. En él deben participar médicos cualificados para el tratamiento de accidentados y con experiencia en cirugía y ortopedia, que dominen las técnicas médicas, y que, además, estén dispuestos a cumplir determinadas obligaciones hacia la entidad aseguradora, específicamente cumplimentando impresos y emitiendo informes. Al producirse un accidente, el paciente debe dirigirse inmediatamente a un médico que esté contratado por la entidad aseguradora y que reúna las condiciones anteriormente reseñadas, el cual iniciará la atención y decidirá si se debe realizar un tratamiento especializado —particularmente, en los casos de lesiones graves— o de medicina general.

En los casos de lesiones de extrema gravedad, el sistema de seguro de accidentes establece las máximas garantías para el tratamiento. Este se encuentra únicamente autorizado en hospitales dotados de recursos específicos y sometidos a inspección y a unas directrices concretas.

La realización y vigilancia del tratamiento se encomiendan a médicos que, al margen de la supervisión, elaboran informes

para la entidad y, en su caso, proponen medidas ulteriores de rehabilitación.

El sistema de seguro de accidentes asume la totalidad de los gastos de tratamiento y rehabilitación médica, sin copago por parte del asegurado. Esta política responde al principio de indemnización de las lesiones que informa el sistema.

Rehabilitación profesional

Si la rehabilitación médica es insuficiente para restituir la capacidad laboral a las personas lesionadas, la entidad aseguradora debe facilitarles el acceso a la rehabilitación profesional. La ley establece que la rehabilitación se debe ajustar a las circunstancias de cada caso (gravedad de la incapacidad, nivel de estudios, cualificación e inclinaciones profesionales, edad del asegurado). La rehabilitación puede traducirse en la adopción de medidas concretas en el centro de trabajo, como la adaptación del puesto de trabajo a la incapacidad; la asistencia para la obtención de otro puesto en el mismo centro de trabajo o en otro distinto; o el apoyo financiero a la empresa que acepte emplear al trabajador. También se incluye en el régimen de rehabilitación la formación profesional, incluida la reconversión para un trabajo totalmente distinto.

Como el sistema se responsabiliza de la rehabilitación tanto médica como profesional, esta última se puede diseñar e iniciar antes de la conclusión de la primera, con participación de los médicos y del propio paciente. Esta tarea corresponde a los consejeros profesionales, empleados especialmente cualificados y experimentados de las entidades aseguradoras que se ocupan de visitar en el hospital a los pacientes con lesiones graves; asistir a los asegurados, especialmente en la búsqueda y elección de un programa de rehabilitación adecuado y efectivo; y permanecer con ellos hasta su reincorporación a la vida laboral.

Rehabilitación social

La rehabilitación médica y profesional es indispensable para que los pacientes puedan reanudar su vida anterior en la máxima medida posible. Más allá de este objetivo, es preciso reintegrar a las personas que sufren afecciones de larga duración su capacidad para reanudar no sólo la vida laboral, sino también la actividad familiar social y cultural. A este fin, las entidades aseguradoras prestan igualmente servicios de rehabilitación social, que pueden consistir en la disponibilidad de vehículos para facilitar la movilidad del paciente, la realización de actividades deportivas para minusválidos orientadas a mejorar su salud y estimular su participación en la vida social, o la asistencia doméstica o la adaptación de la vivienda a las necesidades individuales.

Prestaciones en metálico

En el curso de rehabilitación, la empresa está obligada a continuar abonando el salario del trabajador asegurado durante el período inicial de la incapacidad laboral (un mínimo de seis semanas según el convenio colectivo). A partir de entonces, la entidad aseguradora abona una "prestación sustitutoria" mientras dura la rehabilitación médica. Por regla general, esta prestación por incapacidad tiene una cuantía igual al salario neto percibido en el momento del accidente, deducidas las retenciones correspondientes a la cotización del trabajador a la seguridad social y al seguro de desempleo (en la actualidad, casi un 13 %). Durante la rehabilitación profesional, se abona una prestación temporal sustitutoria del salario, que es algo menor que la prestación por incapacidad. Ambas prestaciones tienen por objeto mantener los ingresos de los asegurados y sus familias. El mantenimiento del pago de las primas a los otros ramos del sistema de seguridad social evita que se produzcan déficit de cobertura.

Indemnización mediante el pago de pensiones

Pensiones del seguro

El sistema de seguros concede pensiones a los afectados por las secuelas de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional. Estas pensiones sólo se conceden al finalizar el proceso de rehabilitación y presuponen la pérdida definitiva de la capacidad para generar ingresos (en general, al menos en un 20 %) durante un período de tiempo mínimo (más de trece semanas desde que se produce el accidente de trabajo). Su cuantía se calcula en función de la reducción de la capacidad de generar ingresos y de los ingresos anuales devengados).

La determinación del grado de pérdida de esta capacidad se rige por el principio de la "clasificación abstracta de la lesión". Por consiguiente, lo que se toma en consideración no es el lucro cesante (los salarios no percibidos), sino la pérdida de la capacidad para generar ingresos en el mercado de trabajo producida por un accidente laboral o una enfermedad profesional. La estimación de dicha pérdida está en función, básicamente, de la gravedad del problema de salud, que, a su vez, se determina sobre la base de un informe médico. Este sistema contribuye a minimizar los gastos de administración y mantiene en un mínimo asimismo las cargas tanto del asegurado como de su empresa. En la mayoría de los casos, la clasificación abstracta de la lesión opera de forma que la situación económica global del trabajador no es peor que antes del siniestro asegurado. En muchos casos, incluso, su situación mejora en cierta medida, en cuanto que la pensión contribuye al resarcimiento de los daños intangibles. La aplicación de los principios de "rehabilitación antes que pensión" y de clasificación abstracta de las lesiones reduce el riesgo de que los asegurados desarrollen una "mentalidad de pensionista". Aun cuando persistan los problemas de salud, éstos se sienten alentados a buscar un trabajo retribuido.

El principio de la clasificación abstracta de las lesiones se pondera mediante la aplicación de unos determinados factores de evaluación del daño, con el fin de garantizar en todos los casos el pago de una indemnización adecuada.

La segunda base de cálculo de las pensiones viene dada por los ingresos anuales devengados, que se definen como la suma de todos los salarios e ingresos por trabajo autónomo devengados por el asegurado durante el ejercicio precedente. Los ingresos anuales deben reflejar el nivel de vida que el asegurado tuviese al producirse el accidente.

En ciertas circunstancias, las pensiones por incapacidad se pueden capitalizar total o parcialmente.

Pago de pensiones y otras prestaciones por fallecimiento a los sobrevivientes

El cónyuge viudo, los huérfanos y, en determinadas circunstancias, los padres, tienen derecho a percibir una pensión al fallecer el asegurado de resultas de un accidente o enfermedad relacionado con el trabajo. Así se compensa la pérdida del sustento económico ocasionada por el fallecimiento. El cálculo se basa, como en las pensiones por accidente, en los ingresos devengados, y la cuantía se gradúa en función de las necesidades de los supervivientes (por ejemplo, si el fallecido ha dejado únicamente viuda o también hijos; o si sobreviven huérfanos de un solo progenitor o de ambos). Se tienen en cuenta los ingresos y prestaciones sustitutorias devengados, salvo por lo que respecta a los huérfanos menores de 18 años. En este último caso, se aplica el principio de la restitución de la pérdida y tan sólo las personas efectivamente a cargo del fallecido perciben la prestación en la cuantía proporcional requerida.

Además de las pensiones de los sobrevivientes, se abonan los gastos de traslado y de entierro.

Las pensiones de viudedad se extinguen si el beneficiario contrae nuevo matrimonio; en este supuesto, se abona una suma a tanto alzado igual al doble de la pensión anual.

Financiación y régimen jurídico de las primas

Existen sustanciales diferencias entre las tres áreas del sistema de seguro de accidentes (del trabajo, agrario y del sector público), tanto con respecto a su financiación como al régimen jurídico de las primas. El análisis siguiente se limita al seguro de accidentes de trabajo.

Los costes del sistema de accidentes de trabajo se financian casi exclusivamente con las primas que abonan las empresas. Los ingresos atípicos generados por las demandas de resarcimiento por daños y perjuicios deducidas contra terceros (en especial, por accidentes de circulación), las plusvalías generadas por las ventas de activo fijo, los recargos por morosidad y las multas) tienen relativamente poca importancia. Ha de mencionarse en este punto que el sistema funciona sin la ayuda financiera del Estado. Los ingresos se recaudan y se aplican con el exclusivo fin de satisfacer las obligaciones legales, con expresa exclusión del ánimo de lucro.

Las primas aplicables a cada empresa se calculan sobre la base de los salarios de los trabajadores que generan obligación (o bien de los ingresos del trabajo o de la suma asegurada de la empresa). Se tienen especialmente en consideración la frecuencia de accidentes y la amenaza latente de éstos en el sector de actividad y en la empresa. Se distinguen tres niveles:

El primer nivel de primas se establece agrupando uno o más sectores económicos y confiándolos a una única entidad aseguradora, que actúa como grupo de riesgo común. Por ejemplo, se producen más y más graves siniestros en la construcción que en la fabricación de herramientas de precisión; por consiguiente, la prima media en una entidad aseguradora del primero de esos dos sectores será bastante mayor que la aplicada en una entidad del segundo de ellos.

En el segundo nivel, corresponde al de la entidad aseguradora, de que se trate, los distintos oficios afiliados a ella —como pueden ser los albañiles, los techadores y los vigilantes en el caso de la construcción— se clasifican, a su vez, en función de la frecuencia de los accidentes que sufren. La división global de los oficios en grupos de riesgo se traduce en unas tablas de riesgo específicas de la entidad aseguradora. Sobre esta base se evalúa a cada empresa concreta, después de asignar sus diversos segmentos a los correspondientes grupos de riesgo. Las tablas de riesgo se actualizan a partir de encuestas estadísticas quinquenales de los costes y la frecuencia de los accidentes. Los grupos de riesgo permiten diferenciar la cuantía de las primas correspondientes a los diversos oficios de una misma asociación sectorial.

En una tercera etapa, las primas se ajustan nuevamente a escala de cada empresa, aplicando como criterios correctores el número, la gravedad o el coste de los accidentes de trabajo (excluidos los accidentes in itinere) ocurridos durante los últimos uno a tres ejercicios económicos. Así, la entidad aseguradora está autorizada a reducir la prima de las empresas con índices de siniestralidad inferiores a la media. Puede igualmente regular las cuestiones de detalle (imposición de recargos, concesión de reducciones de primas o una combinación de ambas medidas).

La graduación de las primas para cada oficio y empresa concretos en función de la evolución de la siniestralidad trata de infundir a las empresas la idea de que el coste pertinente está vinculado también al esfuerzo —y el éxito— en la prevención, e inducir las a trabajar en esa dirección.

El sistema de seguro de accidentes se financia mediante un sistema de imputación retroactiva para cubrir costes. La suma

imputable es el exceso de los gastos sobre los ingresos, calculado retroactivamente respecto a cada ejercicio presupuestario. El adeudo imputable se divide entre las empresas afiliadas a las respectivas entidades aseguradoras, de acuerdo con las primas calculadas (grupo de riesgo al que pertenece la empresa, salarios totales pagados en el período anual de la prima y, en su caso, recargo o descuento sobre ésta). Naturalmente, los costes corrientes se deben financiar por anticipado. La financiación proviene de la recaudación de fondos de maniobra y de las primas pagadas por anticipado. Para absorber las fluctuaciones de las primas a largo plazo, las entidades aseguradoras están obligadas a constituir fondos de reserva, que se invierten preferentemente en instalaciones utilizables en el cumplimiento de las obligaciones de este régimen, como los centros de formación y los hospitales especializados en el tratamiento de los accidentados.

Como las empresas no pueden calcular individualmente las primas del seguro, la entidad aseguradora lo hace por ellos y les comunica el importe.

En el sistema alemán de seguro de accidentes, organizado por sectores de actividad, los cambios estructurales en la economía pueden suponer una carga financiera insoportable para algunas asociaciones sectoriales, como la minería del carbón. El número de trabajadores empleados en las minas se ha reducido fuertemente en los últimos decenios; sin embargo, la entidad aseguradora de la minería debe pagar pensiones que, a veces, datan de una época en que las plantillas eran un múltiplo de las actuales. Para aliviar el incremento, insostenible por más tiempo, del volumen de primas que habría que abonar en este sector económico, en 1968 se promulgó una ley por la que se distribuía la carga económica entre las diversas entidades aseguradoras. Las demás entidades aseguradoras están obligadas a aportar una derrama extraordinaria destinada a cubrir los desfases financieros entre las aseguradoras con derecho a equiparación. Con esta medida, los legisladores amplían el concepto básico de solidaridad, aplicado dentro de cada entidad aseguradora de accidentes, al conjunto de las empresas industriales.

SEGURO E INDEMNIZACION DE LAS LESIONES PROFESIONALES EN ISRAEL

Haim Chayon

Resumen de los objetivos y la cobertura

Cobertura

El sistema israelí de indemnización por accidentes de trabajo está gestionado por el Instituto Nacional de Seguros en el marco de las disposiciones del capítulo 5 ("Seguro de las lesiones profesionales") del texto refundido de la Ley del seguro nacional (1995-5755).

Asegurados y requisitos de la cobertura

El sistema de indemnización por accidentes de trabajo se aplica de forma obligatoria a todas las empresas, que deben asegurar a sus trabajadores (excepto los miembros de la policía, los funcionarios de prisiones y los empleados de la defensa), independientemente de que lo sean por tiempo indefinido o con carácter temporal, de que devenguen un sueldo mensual o un jornal, y de que trabajen a tiempo completo o a tiempo parcial, incluidos los trabajadores autónomos, los trabajadores en período de formación profesional, los extranjeros residentes que trabajen en Israel,

los reclusos que realicen trabajos, las personas sometidas a rehabilitación profesional, las personas que trabajen en empresas israelíes en el extranjero (en ciertos casos) y los trabajadores cuyo salario se fije por vía legislativa (como los miembros del Knesset o parlamento, los jueces y los alcaldes), cualesquiera que sean la edad y nacionalidad del trabajador.

Riesgos asegurados

La cobertura legal tiene por objeto ofrecer puntualmente a los trabajadores una asistencia eficaz en caso de accidente de trabajo, enfermedad profesional, incapacidad o fallecimiento.

Si un asegurado fallece como consecuencia de un siniestro asegurado (accidente de trabajo o enfermedad profesional), sus familiares (viudo o viuda, huérfanos, padres y otros familiares a su cargo) tienen derecho, en determinadas condiciones, a percibir las prestaciones por enfermedad profesional.

Se considera *lesión profesional* toda lesión, incapacidad o muerte causada por el trabajo. Se entiende por *accidente de trabajo* el que ocurre "durante y como consecuencia del trabajo realizado por cuenta de la empresa del trabajador". En el caso de los trabajadores autónomos, se denomina accidente de trabajo al producido "durante y como consecuencia del ejercicio de su profesión".

La cobertura del seguro se extiende a los accidentes que sufra el asegurado durante el desplazamiento (en un vehículo o semoviente, o andando) de su domicilio —o del lugar en que haya pernoctado— al trabajo, o viceversa, o desde un lugar de trabajo a otro, aunque la lesión sufrida tenga su origen en los peligros del tráfico rodado, siempre que la presencia del trabajador en el lugar del accidente obedezca a las exigencias de su trabajo.

El seguro ampara igualmente las enfermedades profesionales, que se definen en el artículo 2 del capítulo mencionado de la ley.

Se define como *enfermedad profesional* toda enfermedad contraída por causa del trabajo o durante la prestación de servicios por cuenta de la empresa, o bien, si se trata de un trabajador autónomo, la contraída como consecuencia del ejercicio de la profesión.

Las enfermedades profesionales se detallan en una lista homologada por el Instituto e incluida en los reglamentos.

Esta lista incluye las enfermedades causadas por lesiones producidas en el trabajo y asimismo las causadas por agentes físicos, químicos o biológicos o por determinadas modalidades de prestación laboral, además de las causadas evidentemente por el trabajo.

Todos los trabajadores, sin excepciones, disfrutan de la cobertura del seguro. Todas las empresas tienen la obligación de asegurar a todas las categorías de trabajadores.

La obligación de asegurar se aplica igualmente al Estado y al resto de los entes públicos respecto de sus trabajadores.

Derecho a prestación

¿Quiénes tienen derecho a prestación?

- El asegurado que ha sufrido una lesión profesional (accidente de trabajo o enfermedad profesional) tiene derecho a percibir el subsidio por enfermedad.
- El asegurado que queda incapacitado como consecuencia de una lesión profesional tiene derecho a una pensión o subsidio de invalidez.
- El asegurado que sufre una incapacidad funcional igual o superior al 10 % tiene derecho a rehabilitación profesional. Más adelante se expone el método de determinación del grado de incapacidad.

Requisitos para optar a las prestaciones por lesión profesional

El subsidio por enfermedad se concede al asegurado que sufre un accidente de trabajo o contrae una enfermedad profesional que le produce incapacidad para realizar su anterior trabajo u ocupar otro puesto de trabajo adecuado y de resultados de la cual deja de trabajar.

Los subsidios y pensiones de invalidez (las *prestaciones por incapacidad*) se abonan siempre que se establece que la lesión se ha debido a un accidente de trabajo que ha causado una incapacidad al asegurado.

Los resultados de la lesión se evalúan contrastando el estado de salud de la víctima con el estado medio de las personas saludables de igual sexo y edad. En las pruebas de evaluación del grado de incapacidad se consideran los porcentajes fijados para cada tipo de lesión, mediante una ponderación individualizada; por ejemplo, la pérdida de un miembro tiene mayor importancia en unas profesiones que en otras.

Existen dos categorías de tribunales médicos responsables de la evaluación del grado de incapacidad:

- Tribunales de primera instancia;
- Tribunales de apelación.

Unos y otros establecen inicialmente la relación causal con el accidente de trabajo (lesión o enfermedad profesional) necesaria para declarar la incapacidad y el grado de tal relación. En cualquier caso, son independientes del organismo que recaba sus servicios. Se trata de entes de derecho cuasipúblico cuya función consiste en adoptar acuerdos y que no realizan labores administrativas. En su calidad de entes de derecho cuasipúblico, los tribunales médicos están sujetos al control de los tribunales de trabajo.

Pago de prestaciones (pensiones y subsidios) a las personas a cargo del asegurado

Para optar a una pensión, la viuda debe tener más de 40 años de edad, ser incapaz de subvenir a sus necesidades o tener un hijo a su cargo; los viudos deben tener un hijo a su cargo. *Definición del concepto de "hijos"*: a los efectos de esta normativa, se entienden por hijos los menores de 18 años y, en ciertos casos, de 22 años.

Rehabilitación profesional

Para optar a la rehabilitación profesional se exige que la lesión haya producido al asegurado una incapacidad para realizar su trabajo y ocupar su puesto anterior, o realizar cualquier otro trabajo adecuado, exigiéndose igualmente que sea necesaria la rehabilitación y que el asegurado se encuentre en condiciones de recibirla.

Cotizaciones de los trabajadores autónomos

El retraso en el pago de las cotizaciones al seguro enerva la admisibilidad del trabajador o reduce el tipo de cálculo de las prestaciones en metálico. Los trabajadores autónomos que no se encuentren dados de alta en el Instituto Nacional de Seguros al producirse la lesión no tienen derecho a percibir las prestaciones.

Tipos de prestaciones

Los asegurados tienen derecho a dos tipos de prestaciones, a tenor de las disposiciones de la Ley del seguro nacional, en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Prestaciones en especie

Las prestaciones en especie son las de atención médica, servicios durante la convalecencia y rehabilitación médica y profesional.

La atención médica comprende la hospitalización, la medicación y el suministro, reparación y reemplazo de prótesis ortopédicas y terapéuticas. Por regla general, se presta en el

grado exigido por la lesión y sus secuelas durante la vida del asegurado. Esta prestación se realiza, por cuenta del Instituto, por las cajas del seguro de enfermedad, aprobadas, que tienen el carácter de servicios médicos homologados. Los servicios de rehabilitación profesional, son realizados por el Instituto directamente o a través de otras instituciones.

Prestaciones en metálico

Subsidio por enfermedad. Este subsidio se abona mientras dura la incapacidad laboral resultante de una lesión profesional, con un máximo de 182 días computados desde el siguiente a la producción de la lesión. La cuantía es de un 75 % del salario considerado para el cálculo de la cotización al seguro durante el trimestre anterior a la lesión. El subsidio tiene un tope máximo (véase la Tabla 26.2).

El subsidio por enfermedad no se abona por los dos primeros días siguientes a la fecha de la lesión, a menos que el paciente se vea privado de trabajar durante un mínimo de 12 días.

Pensión de invalidez. Esta pensión se abona a los trabajadores que sufren una incapacidad mínima del 20 % y consiste en una cantidad mensual que se fija en función del grado de incapacidad funcional, aplicado un tipo proporcional al salario y al grado de incapacidad. Los perceptores pertenecientes a los grupos de menores ingresos tienen derecho, además, a un "complemento de renta" (véase la Tabla 26.2).

Subsidio de invalidez. Se concede a las personas que padecen una incapacidad estimada entre el 5 y el 19 % y consiste en un pago a tanto alzado equivalente al subsidio diario por enfermedad, multiplicado por una cifra igual a 21 veces el porcentaje de incapacidad.

Pensión especial. Se concede a las personas que padecen una incapacidad igual o superior al 75 %, así como a las que sufren una incapacidad del 65 al 74 % y experimentan trastornos de locomoción. Esta pensión proporciona ayuda económica para sufragar los gastos personales y de transporte, hasta el tope máximo previsto en la ley.

Subsidio especial. Se abona a las personas que sufren una incapacidad igual o superior al 75 %, así como a las que padecen una incapacidad del 65 al 74 % y experimentan trastornos de locomoción. Proporciona (en ciertas condiciones) ayuda para la compra de un coche, para la solución de los problemas de vivienda y para la adquisición de los aparatos y prótesis que la incapacidad requiera.

Prestación de rehabilitación profesional. Esta prestación cubre el diagnóstico y los servicios de orientación profesional, una subvención para rehabilitación durante un período de estudios (como complemento de la pensión de invalidez) y diversos gastos vinculados a los estudios, como los de desplazamiento, matrícula y compra del material de estudio; en ciertos casos, se conceden ayudas para la compra de herramientas de trabajo.

Prestaciones en favor de personas a cargo del asegurado

Pensión familiar. Asciende al 40 % de la pensión que el asegurado habría tenido derecho a percibir si hubiese sufrido una incapacidad total, tomando en consideración el número de hijos. Los perceptores pertenecientes a los grupos de menores ingresos perciben, además, un "complemento de renta" (véase la Tabla 26.2).

Subsidio familiar. Se concede a las viudas que no han cumplido 40 años de edad al fallecer el trabajador asegurado y no tienen

Tabla 26.2 • Perceptores de las prestaciones por accidente de trabajo y enfermedad profesional en Israel⁽¹⁾.

Período	Pensiones familiares		Pensiones de invalidez		Pensiones de enfermedad		Número de afectados		Período
	Trabajadores autónomos	Trabajadores por cuenta ajena	Trabajadores autónomos	Trabajadores por cuenta ajena	Trabajadores autónomos	Trabajadores por cuenta ajena	Trabajadores autónomos	Trabajadores por cuenta ajena	
1965		891	150	1.766	132.948	747.803	6.455	54.852	1965
1975		2.134	508	4.183	237.112	1.067.250	10.819	65.291	1975
1980	382	2.477	950	6.592	23.617	1.017.877	10.679	63.234	1980 ²
1985	445	2.841	1.232	8.640	165.635	921.295	6.619	50.302	1985
1986	455	2.883	1.258	8.760	169.035	964.250	6.472	51.351	1986
1987	470	2.911	1.291	9.078	183.961	1.026.114	6.959	50.075	1987
1988	468	2.953	1.229	9.416	172.331	1.004.906	6.683	47.608	1988
1989	481	2.990	1.375	9.824	240.995	1.126.001	8.259	51.197	1989
1990	490	3.022	1.412	10.183	248.234	1.159.645	5.346	51.367	1990
1991	502	3.031	1.508	10.621	260.440	1.351.342	8.470	55.827	1991
1992	520	3.078	1.566	11.124	300.034	1.692.430	9.287	64.926	1992
1993	545	3.153	1.634	11.748	300.142	1.808.848	8.973	65.728	1993
1994	552	3.200	1.723	12.520	351.905	2.134.860	9.650	71.528	1994
1995	570	3.260	1.760	12.600	383.500	2.400.000	9.500	73.700	1995

¹ La cifra anual de perceptores de la pensión de invalidez y de la pensión familiar corresponde al mes de abril de cada año. La cifra de perceptores de la pensión de enfermedad corresponde al total de perceptores durante el año.

² En 1980, la cifra anual de las pensiones de invalidez es la media mensual de los perceptores.

hijos a su cargo. Consiste en un pago a tanto alzado de una cuantía igual a 36 mensualidades de la pensión familiar.

Subsidio por matrimonio: Se concede al viudo o viuda que contrae nuevas nupcias y su importe equivale a 36 mensualidades de la pensión, abonables en dos plazos: uno justamente después de la celebración del nuevo matrimonio, y el otro, a los 36 meses. En estos casos, caduca el derecho a percibir la prestación en favor de los sobrevivientes.

Rehabilitación profesional: Se destina a financiar los estudios de formación profesional y consiste en el pago de los gastos de formación profesional o en una pensión de alimentos mientras duran los estudios, así como de diversos gastos relacionados con ellos.

Pensión de alimentos en favor de los huérfanos. Se abona a los huérfanos que dedican la mayor parte de su tiempo a los estudios de secundaria o de formación profesional y asciende al 9 % del salario medio vigente el día 1 de enero, con sujeción a la verificación de los recursos del progenitor sobreviviente. Se actualiza aplicando el tipo de indemnización abonado durante el año.

Subsidio Bar-Mitzah. Se abona a los varones que han cumplido trece años y a las niñas con doce años cumplidos, y asciende a las dos terceras partes del salario medio vigente el día 1 de enero, actualizado por aplicación del tipo de indemnización abonado durante el año.

Subsidio por fallecimiento. Se abona al fallecimiento de una persona que ha sufrido una incapacidad igual o superior al 50 % y ha estado percibiendo una pensión de invalidez, a la muerte de una persona incapacitada que ha cumplido los 65 años en el caso de los varones o 60 años en el de las mujeres, o a la muerte de una persona que ha disfrutado del subsidio familiar. Consiste en una suma a tanto alzado que se abona al cónyuge de la persona fallecida (o bien, en su ausencia, al hijo) y cuyo importe es igual al salario medio vigente el día 1 de enero del año en que se produzca el fallecimiento, actualizado por aplicación del tipo de indemnización abonado durante el año. En el caso de los perceptores de los complementos de renta, el importe del subsidio es del 150 % del salario medio vigente en la fecha indicada.

Otros aspectos.

Rehabilitación

El objetivo principal del Seguro de Lesiones Profesionales es promover el bienestar de los afectados propiciando su vuelta al trabajo. A tal fin, el Instituto financia la prestación de servicios de rehabilitación profesional a los asegurados que padecen una incapacidad laboral igual o superior al 10 %. Además, el beneficiario puede percibir cualquier rendimiento extraordinario de su trabajo personal, sin que esto afecte a su derecho a la pensión de invalidez que el Instituto abona.

Ambito de la cobertura

Como se ha indicado anteriormente, la cobertura del Instituto se extiende a personas que no tienen la condición de trabajadores por cuenta ajena en el sentido estricto del término, como los trabajadores autónomos, los alumnos de formación profesional y otras personas.

Descripción del sistema

Historia

La primera disposición laboral que se promulgó durante el Mandato británico en Palestina (1922-1948) fue la Ordenanza de

indemnización por accidentes de trabajo, de 1922, que en 1947 fue sustituida por otra más moderna, inspirada en la ley inglesa de 1925. La principal aportación de estas dos normas legales fue la traslación a la realidad de Israel de las innovaciones inglesas en el campo de la indemnización por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

Ambas disposiciones estuvieron en vigor hasta el 1 de abril de 1954, en que el Knesset aprobó la Ley del seguro nacional, por la que se confiaba al Instituto Nacional de Seguros el desempeño de las funciones establecidas. Fue esta la primera ley de seguridad social en prever una extensa gama de prestaciones establecidas por el Instituto o por imperativo legal, prácticamente inexistentes hasta entonces.

En la ley se establecen los principales ramos del seguro:

- Seguro de vejez y en favor de sobrevivientes;
- Seguro de lesiones profesionales;
- Seguro de maternidad.

A lo largo de los años ha sufrido numerosas modificaciones. Las más importantes en lo que respecta al régimen de indemnización por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales han sido las siguientes:

- Inclusión de los trabajadores autónomos en el sistema de seguro (1957);
- Ampliación del concepto de "accidente de trabajo" a los ocurridos in itinere.

Tipos de cobertura

Se confía al Instituto Nacional de Seguros la gestión del seguro de indemnización por accidentes de trabajo, que prevé el pago de prestaciones en metálico y en especie a los afectados. La cotización por parte de las empresas al fondo correspondiente les exime de toda responsabilidad extracontractual; sin embargo, pueden ser declaradas responsables en caso de negligencia. De las prestaciones reconocidas se deducen las abonadas por el Seguro Nacional.

Además de los accidentes de trabajo, la cobertura del Instituto se extiende a las enfermedades profesionales, que se relacionan en el segundo anexo a los artículos 44 y 45 del Reglamento correspondiente. En dicha lista, casi exhaustiva, figuran 49 tipos de patologías relacionadas con el trabajo. El sistema de cobertura es de carácter mixto: además de las enfermedades profesionales incluidas en la lista, pueden ser objeto de indemnización, en determinadas condiciones, otras enfermedades de etiología profesional.

De acuerdo con la Ley del seguro nacional, se considera "enfermedad profesional" cualquiera que se defina como tal en el artículo 85 de la misma y que se contraiga como consecuencia del trabajo realizado por cuenta ajena o en el caso de los trabajadores autónomos, del ejercicio de la profesión.

Principios informadores de la indemnización

El objetivo básico de la normativa es garantizar a los afectados la percepción de las prestaciones previstas en la ley, independientemente de que su empresa haya cotizado o no al Instituto.

El Consejo de Administración del Seguro Nacional ha facultado al Director de Reclamaciones del Instituto para decidir si una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo es o no indemnizable. Si el reclamante no está conforme con la decisión, puede recurrir ante los tribunales de trabajo, cuyas sentencias son apelables, a su vez, ante el Tribunal Nacional de Apelaciones Laborales.

El Instituto Nacional del Seguro presta asistencia letrada gratuita a los trabajadores que recurran a los tribunales de la jurisdicción laboral sobre la base de un informe pericial.

Método de actualización de las prestaciones

Las prestaciones por lesiones profesionales se reajustan a partir del 91º día en función del incremento experimentado por el salario medio el día 1 de enero siguiente a la fecha de pago y, durante el año, en función del incremento de los salarios debido a la inflación.

El subsidio por enfermedad (182 días) tributa en origen. Las prestaciones invalidez y de larga duración se actualizan en función del incremento de los precios al consumo y de la evolución experimentada por el salario medio respecto al vigente el 1 de enero. Ninguna de ellas está sujeta a tributación.

Cuando el asegurado cumple la edad de jubilación (65 años para los varones y 60 para las mujeres), puede optar entre uno u otro tipo de prestaciones.

Finanzas y cotizaciones

Todas las empresas deben cotizar por sus empleados. Si un trabajador asegurado trabaja para varias empresas, cada una de éstas debe cotizar independientemente de las otras. Tanto los trabajadores autónomos como las personas que no tienen esta condición ni la de trabajadores por cuenta ajena deben pagar sus propias cotizaciones. Las empresas cotizan al Instituto Nacional del Seguro. Hasta el 31 de marzo de 1970, la tarifa media oscilaba entre el 0,5 y el 3 % y, a partir del 1 de abril de 1971, se situó entre el 0,7 y el 4 %. A partir del 1 de octubre de 1981, la tarifa mínima se fijó en el 0,7 %, y la máxima en el 2,4 %. A partir de 1 de julio de 1986, la tarifa normal (0,7 %) se determina sin tomar en consideración el grado de riesgo presente en los diversos sectores, como se venía haciendo hasta 1986. Las tarifas se redujeron con efectos desde el 1 de abril de 1987 por causa de los bajos costes de mano de obra.

La cotización mensual de los trabajadores consiste en un porcentaje de sus ingresos mensuales; para las demás personas, el porcentaje se aplica a sus ingresos trimestrales.

Las cotizaciones se ajustan a los ingresos máximos y mínimos de los asegurados. A los efectos de su cálculo, cotización, los ingresos máximos se fijan en el cuádruplo del salario medio respecto de los trabajadores y de los demás asegurados.

En la Ley del seguro nacional se estipulan algunas exenciones al pago de las cotizaciones, como la que se aplica a los trabajadores que perciben el subsidio por enfermedad durante el periodo de percepción.

Prevención

La Ley del seguro nacional no regula la prevención de los accidentes relacionados con el trabajo. En su artículo 82 se mencionan las lesiones producidas por negligencia del asegurado. En tal caso, no se abona la prestación cuando la incapacidad laboral dura menos de diez días.

El Instituto Nacional del Seguro contribuye a financiar distintas entidades de prevención de accidentes, como el Instituto de Salud y Seguridad en el Trabajo.

El Instituto Nacional del Seguro gestiona un fondo destinado a financiar diversos aspectos de la prevención de accidentes, como la investigación y el desarrollo de medios de experimentación de aplicación general en campos como la seguridad, la ingeniería, la medicina, la química industrial y la higiene.

LA INDEMNIZACION POR ACCIDENTES DE TRABAJO EN JAPON ●

Kazutaka Kogi y Haruko Suzuki

Resumen del objetivo y cobertura

Cobertura

Riesgos asegurados

El sistema japonés de seguro de accidentes de trabajo es gestionado por el Estado a tenor de la Ley de indemnización por accidentes de trabajo de 1947. En ella se señala el objetivo de conferir a los trabajadores una protección rápida y eficaz en los supuestos de enfermedad, lesión, incapacidad o muerte sobrevenidos "por causa del desempeño de sus tareas". Este último concepto no se define en la normativa de desarrollo de la ley anteriormente citada. Sin embargo, los criterios aplicados por la administración pública son inequívocos, en el sentido de que el sistema se aplica a los casos de incapacidad, lesión o muerte resultante del empleo, esto es, "en situaciones de desempeño de las tareas en las que los trabajadores se encuentran sometidos al control de una empresa en las condiciones establecidas en los contratos de trabajo", y "por causa de accidente u otra circunstancia derivada del desempeño de las tareas". Por consiguiente, el sistema se aplica a todos los casos de lesión, incapacidad o muerte ocurridos durante el trabajo o in itinere. Es asimismo de aplicación a los "trastornos y enfermedades sufridos por los trabajadores que realizan trabajos cuyos riesgos pueden perjudicar la salud en caso de exposición repentina o prolongada a los mismos". Entre las enfermedades causadas por el desempeño de las tareas se incluyen tanto las resultantes de lesiones sufridas en el trabajo como las producidas por agentes físicos, químicos o biológicos, o por formas específicas de la prestación laboral, así como las causadas evidentemente por el trabajo.

Sectores y trabajadores amparados

El sistema de seguro de accidentes de trabajo se aplica obligatoriamente a todos los trabajadores de las empresas sometidas a la Ley de normas de trabajo. Se incluyen, pues, tanto los trabajadores con contrato indefinido como los temporales, los que trabajan a tiempo completo y los contratados a tiempo parcial, así como los jornaleros, con independencia de la dimensión de la empresa.

Todos los sectores disfrutan de la cobertura del sistema, con la excepción parcial de la agricultura, la silvicultura y la pesca. Las excepciones se limitan a las explotaciones agrarias de propiedad individual que emplean menos de cinco trabajadores, las explotaciones forestales que no emplean personal fijo y las empresas pesqueras que tienen menos de cinco trabajadores y operan en zonas sin una siniestralidad significativa. Los marineros, los trabajadores de la administración central y los de la administración local cuentan con sus propios sistemas de seguro de accidentes.

Tipos de prestaciones

El seguro abona las prestaciones siguientes:

- *Asistencia médica:* comprende, en principio, el tratamiento médico (en casos excepcionales, el reembolso en metálico de los gastos del mismo);

- *Subsidio de incapacidad temporal*: se abona al asegurado que presenta incapacidad para trabajar y percibir ingresos por causa del tratamiento;
- *Pensión de enfermedad*: se abona si el paciente no se ha recuperado año y medio después del comienzo del tratamiento y el grado de incapacidad se mantiene a un determinado nivel;
- *Pensión por minusvalía física*: se gradúa en función del grado de minusvalía física que conserve el trabajador;
- *Subsidio familiar*: se abona al cónyuge, hijos, padres, nietos, abuelos o hermanos que hayan dependido económicamente de los ingresos del trabajador fallecido;
- *Subsidio por gastos de entierro*;
- *Subsidio de asistencia de enfermería*: se abona por los gastos de asistencia de enfermería, permanente o discontinua, a los pacientes que perciban la pensión por minusvalía física en los grados 1 ó 2 o bien la pensión de enfermedad.

En los casos de enfermedad, incapacidad o muerte sobrevenidas in itinere se reconocen las prestaciones siguientes: (a) asistencia médica, (b) subsidio de incapacidad temporal, (c) pensión de enfermedad, (d) pensión por minusvalía física, (e) subsidio familiar, (f) subsidio por gastos de entierro, y (g) subsidio de asistencia de enfermería. Sus características respectivas son idénticas a las de las prestaciones previamente mencionadas.

Las prestaciones en metálico se calculan sobre la base del salario medio diario de los trabajadores afectados. El subsidio de incapacidad temporal equivale al 60 % del salario medio diario y se abona a partir del cuarto día de ausencia del trabajo, conjuntamente con el complemento especial por incapacidad laboral, equivalente al 20 % del salario medio diario. La empresa está obligada a pagar un 60 % del salario medio durante los tres primeros días. La pensión de enfermedad, abonable a los trabajadores con incapacidad después de un año y medio, equivale a una cantidad que oscila entre 245 y 313 días del salario medio diario. La cuantía de la prestación por minusvalía física oscila entre 131 y 313 días del salario medio diario. El subsidio familiar es una suma a tanto alzado cuya cuantía varía de 153 a 245 días del salario medio diario.

Tanto el subsidio de incapacidad laboral como la pensión de enfermedad y el subsidio familiar están sometidos a un sistema de escala móvil que refleja la evolución de los salarios. Si, en un trimestre, la retribución media del conjunto de los trabajadores excede del 110 % o queda por debajo del 90 % de la remuneración media correspondiente al trimestre en que el trabajador en cuestión haya resultado afectado por un accidente o enfermedad, el salario medio diario utilizado en el cálculo del subsidio de incapacidad temporal se revisa automáticamente en función de la variación experimentada por la remuneración media. La pensión de enfermedad y el subsidio familiar se calculan de forma análoga si, en un año, la remuneración anual media de los trabajadores sobrepasa o queda por debajo de la correspondiente al año en que se produjo el accidente o enfermedad.

Otros aspectos

Servicios asistenciales

El objetivo del Seguro de Indemnización por Accidentes de Trabajo es fomentar el bienestar de los trabajadores facilitando la reincorporación de los damnificados a la vida social y laboral, prestar ayuda a los propios trabajadores o, en su caso, a los familiares que les sobrevivan, y crear condiciones de trabajo adecuadas. Por consiguiente, se prevé la prestación independiente de diversos servicios asistenciales y la adopción de una serie de medidas de prevención. La gestión de algunos de estos servicios corresponde a la Asociación de Servicios Asistenciales a los

Trabajadores, financiada por el sistema de seguro. Estos servicios asistenciales comprenden la construcción y gestión de hospitales para el tratamiento de las lesiones profesionales y de la médula espinal, la realización de sesiones de rehabilitación, la concesión de préstamos para vivienda, la asignación de ayudas para educación y asistencia familiar a largo plazo, la creación y gestión de centros de cuidados especiales para los trabajadores aquejados de lesiones profesionales, la prestación de servicios de ayuda a domicilio y el alquiler de aparatos ortopédicos y similares.

Ámbito de la cobertura

Las pequeñas y medianas empresas y los trabajadores autónomos a quienes la naturaleza de su actividad hace aconsejable conceder el mismo grado de protección que a los trabajadores por cuenta ajena se pueden acoger igualmente al seguro de indemnización por accidentes de trabajo. Para ello, las pequeñas y medianas empresas deben delegar la gestión del seguro en una asociación sectorial, y los trabajadores autónomos han de afiliarse a una organización facultada para seguir los procedimientos pertinentes.

Tanto los trabajadores destinados en el extranjero por las empresas japonesas como los representantes de pequeñas y medianas empresas extranjeras disfrutan de la cobertura del seguro.

Descripción del sistema

Historia

La necesidad de indemnización de los trabajadores por las lesiones sufridas con ocasión de su trabajo fue reconocida por vez primera por la Ley de la minería de 1905 y la Ley industrial de 1911. Ambos textos legales establecieron la obligación de las empresas de prestar asistencia a los trabajadores víctimas de lesiones en el trabajo. La Ley del seguro de enfermedad de 1922 impuso la cobertura de las lesiones de corta duración sufridas, en el lugar de trabajo o fuera de él, por los trabajadores de las empresas sometidas a la misma. La cobertura se amplió posteriormente a las lesiones de larga duración y a los trabajadores de los sectores de la construcción, obras públicas y transporte. En 1947, finalizada la segunda Guerra Mundial se inició una nueva etapa con la promulgación, de dos importantes leyes. La primera de ellas, la ley de normas laborales, recogió por vez primera el principio de la responsabilidad de las empresas y sustituyó el concepto de "asistencia" por el de indemnización de las lesiones profesionales. Por su parte, la Ley de indemnización por accidentes de trabajo estableció un sistema de seguros gestionado por el recién creado Ministerio de Trabajo. El sistema de seguro, que se ha ido perfeccionando en virtud de las sucesivas modificaciones legales, funciona con independencia de los diversos regímenes de seguridad social existentes en el país.

Tipos de cobertura del seguro

El Seguro de Indemnización por Accidentes de Trabajo es un sistema estatal gestionado por la administración central. Cubre la totalidad de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, además de los accidentes in itinere. Prevé, tanto la asistencia médica como la concesión de prestaciones en metálico. El seguro abona los gastos de asistencia médica y de rehabilitación amparados por el sistema, dado que ambos están excluidos de la cobertura de los sistemas de seguro de enfermedad.

Las empresas afiliadas quedan exentas de la obligación de indemnizar prevista en la Ley de indemnización por accidentes de trabajo en los supuestos previstos. No obstante, en algunos convenios colectivos se estipulan indemnizaciones complementarias que exceden de los niveles establecidos en el seguro estatal. Además, algunas empresas privadas están integradas en

Tabla 26.3 • Primas del seguro de indemnización por accidentes de trabajo en Japón (abril de 1992).

Sector	Tipo de actividad	Tarifa
Silvicultura	Tala y transporte de madera	0,142
	Otros	0,041
Pesca	Pesca marítima (excepto lo que sigue)	0,067
	Pesca con redes fijas y acuicultura	0,042
Minería	Minería del carbón	0,111
	Minería metálica y no metálica	0,099
	Otros (excepto lo que sigue)	0,040-0,072
Construcción	Extracción de petróleo o de gas natural	0,010
	Construcción de centrales eléctricas y túneles	0,149
	Construcción de ferrocarriles	0,068
	Construcción de carreteras	0,049
Fabricación	Otros	0,025-0,038
	Cerámica	0,020-0,027
	Productos de la madera	0,026
	Construcción y reparación de barcos	0,023
	Productos metálicos	0,022
	Fundición	0,021
Transporte	Otros	0,006-0,018
	Carga y descarga de buques	0,053
	Otros tipos de manipulación de carga en los puertos	0,029
	Formas de manipulación de carga distintas de la anterior	0,019
Suministro de electricidad, gas, agua y calor	Tráfico y transporte	0,007
		0,006
Otros	Limpieza, incineración o industrias cárnicas	0,014
	Otros	0,006-0,012

regímenes del seguro de indemnización gestionados por compañías de seguros privadas.

Los conflictos en torno a la cuantía de la indemnización complementaria abonable a las víctimas de lesiones y enfermedades profesionales o a sus familiares se suelen sustanciar en los tribunales.

El seguro cubre todo tipo de lesiones profesionales, incluidas las producidas in itinere. Por lo que respecta a las enfermedades profesionales, éstas se detallan en una lista aneja al artículo 33 del Reglamento de aplicación (modificado en 1978) de la Ley de normas laborales. La lista es exhaustiva y agrupa las enfermedades en nueve categorías:

- Enfermedades causadas por lesiones resultantes del trabajo;
- Enfermedades causadas por agentes físicos (13 apartados);
- Enfermedades causadas por determinadas formas de prestación laboral que implican una tensión psíquica extrema (5 apartados);
- Enfermedades causadas por sustancias químicas y otros agentes (8 apartados);

- Neumoconiosis causada por el polvo en suspensión en algunos lugares de trabajo, así como las enfermedades complicadas por neumoconiosis incluidas en el Reglamento de aplicación de la Ley de neumoconiosis de 1960;
- Enfermedades causadas por bacterias, virus, y otros microorganismos patógenos (5 apartados);
- Enfermedades causadas por agentes o sustancias cancerígenos, o trabajos integrados en un proceso productivo cancerígeno (18 apartados);
- Otras enfermedades indicadas por el Ministro de Trabajo;
- Otras enfermedades evidentemente causadas por el trabajo.

Función de los interlocutores sociales

Desarrollo de los criterios de indemnización

En un principio, el Seguro de Indemnización por Accidentes de Trabajo estaba financiado íntegramente por las empresas. La financiación parcial del sistema con fondos públicos comenzó en 1960, cuando se inició la indemnización de las enfermedades y lesiones de larga duración y el pago de subsidios fue reemplazado por la concesión de pensiones a los afectados de minusvalías físicas. En 1965 se inició la financiación pública de los gastos de gestión del seguro de indemnización de enfermedades y accidentes de trabajo y de sus prestaciones. Para ello se introdujeron sucesivas modificaciones en la Ley de indemnización de accidentes de trabajo, que, en un principio, era de aplicación exclusiva a las empresas con un mínimo de cinco trabajadores estables, con la excepción parcial de los sectores agrario, forestal y pesquero. Estas empresas están obligadas a afiliarse al sistema de seguros al iniciar su actividad. La Oficina de Normas Laborales del Ministerio de Trabajo gestiona el sistema y sanciona a los infractores. Por consiguiente, las funciones respectivas de los trabajadores y las empresas son, básicamente, las mismas que cuando el sistema se creó.

Tabla 26.4 • Empresas y trabajadores afiliados al seguro de indemnización por accidente de trabajo e importe de las prestaciones en Japón.

Ejercicio fiscal (abril-marzo)	Número de centros de trabajo (miles)	Número de trabajadores afiliados (miles)	Importe de las prestaciones (millones de yenes)	Número de nuevos beneficiarios (miles)
1960	808	16.186	27.172	874
1965	856	20.141	58.372	1.341
1970	1.202	26.530	122.019	1.650
1975	1.535	29.075	287.640	1.099
1980	1.840	31.840	567.288	1.099
1985	2.067	36.215	705.936	902
1986	2.110	36.697	724.260	859
1987	2.177	38.800	725.922	847
1988	2.270	39.725	733.380	832
1989	2.342	41.249	741.378	818
1990	2.421	43.222	753.128	798
1991	2.492	44.469	770.682	765
1992	2.542	45.832	791.626	726
1993	2.577	46.633	799.975	696
1994	2.604	47.008	806.932	675

Tabla 26.5 • Pago de prestaciones del seguro por sectores, en Japón.

Sector	Centros de trabajo afiliados ¹		Trabajadores afiliados ¹		Importe de las prestaciones ²	
	Número	(%)	Número	(%)	(Miles de yenes)	(%)
Silvicultura	26.960	(1,0)	126.166	(0,3)	33.422.545	(4,2)
Pesca	6.261	(0,3)	56.459	(0,1)	3.547.307	(0,4)
Minería	6.061	(0,2)	55.026	(0,1)	58.847.081	(7,3)
Construcción	666.500	(25,6)	5.886.845	(12,5)	268.977.320	(33,6)
Fabricación	544.275	(20,9)	11.620.223	(24,7)	217.642.629	(27,2)
Transporte	70.334	(2,7)	2.350.323	(5,0)	64.536.818	(8,1)
Suministro de electricidad, gas, agua y calor	1.962	(0,1)	188.255	(0,4)	1.344.440	(0,2)
Otros	1.281.741	(49,2)	26.724.978	(56,9)	151.657.177	(19,0)
Total	2.604.094	(100%)	47.008.275	(100%)	799.975.317	(100%)

¹ Al final del ejercicio fiscal 1994.

² Al final del ejercicio fiscal 1993.

Las prestaciones concedidas a los trabajadores lesionados y, en su caso, a los familiares sobrevivientes han ido mejorando con las sucesivas modificaciones de la normativa legal, que han aumentado las prestaciones a largo plazo y en favor de los familiares, han revisado las prestaciones en función de la variación de los salarios, han ampliado la cobertura del seguro a los accidentes ocurridos in itinere y, en 1976, implantaron el sistema de complementos especiales y los servicios de asistencia a los trabajadores. En 1981 se regularon las conexiones entre el seguro de indemnización por accidentes de trabajo y el régimen legal general de la indemnización por daños y perjuicios. Se encuentra en vías de implantarse un sistema de prestaciones por asistencias de enfermería.

La determinación de la naturaleza profesional de las lesiones y enfermedades se basa en decisiones administrativas. Si el trabajador no se conforma con la decisión, puede solicitar un examen o arbitraje a cargo de un perito del Seguro de Indemnización por Accidentes de Trabajo nombrado por el Ministro de Trabajo. Si el interesado no está de acuerdo con la decisión del perito, puede solicitar que su caso sea revisado por el Consejo del Seguro de los Trabajadores. Si discrepa igualmente de la decisión de dicho organismo, puede acudir a los tribunales.

Método de actualización

El Consejo del Seguro de Indemnización por Accidentes de Trabajo, integrado por representantes de los trabajadores, las empresas y la universidad, establece las condiciones de funcionamiento del sistema. De hecho, se requiere su informe previo para el desarrollo del sistema y la modificación de las prestaciones. Tal informe se ha emitido en relación con las diversas revisiones de la legislación aplicable.

La doctrina establecida por las decisiones, tanto del sistema de revisión administrativa como de los tribunales de derecho civil, contribuye a la actualización de los niveles de prestación y de los criterios de aplicación.

Finanzas

Las primas son abonadas por las empresas a la administración pública. Su cuantía se calcula multiplicando la masa salarial total abonada a la plantilla de la empresa por la tarifa, que, a su vez, se establece para cada categoría de empresas sobre la base de la siniestralidad histórica y de otros factores. En la determinación de la tarifa aplicable a cada sector se aplican criterios de méritos. En

la Tabla 26.3 se indica el sistema de tarifas vigente en abril de 1992.

A partir de 1997 se aplicarán, con carácter excepcional, reglas especiales de incremento o reducción de la tarifa según el sistema de méritos a las pequeñas y medianas empresas que hayan adoptado medidas especiales de protección de la salud y la seguridad de los trabajadores.

Los trabajadores lesionados o, en su caso, los familiares sobrevivientes, están obligados a facilitar la información precisa para la concesión de las prestaciones del seguro. Los trabajadores que reciban asistencia médica como consecuencia de lesiones sufridas en un accidente in itinere deben abonar previamente, en concepto de contribución al coste de los primeros auxilios, la suma de doscientos diez yens.

Prevención

En el marco del programa de bienestar de los trabajadores gestionado por el Seguro de Indemnización por Accidentes de Trabajo se adoptan las siguientes medidas de prevención:

- Creación y gestión de centros de salud laboral;
- Prestación de apoyo a las asociaciones de salud y seguridad en el trabajo.

Como consecuencia, se presta ayuda a diversas actividades de prevención a través de los fondos de seguros.

Resumen de los costes históricos

En la Tabla 26.4 se indica la variación del número de empresas y de trabajadores afiliados al sistema, así como el importe total anual de las indemnizaciones pagadas. Ha de observarse que el sistema de escala móvil comenzó a aplicarse al cálculo de las pensiones en 1983, y que en 1990 se fijaron los topes mínimo y máximo del salario medio diario que se tiene en cuenta para fijar el subsidio de incapacidad temporal a los pacientes de larga duración. De la tabla se infiere que, si bien el número de trabajadores amparados ha aumentado de forma sostenida, el número de nuevos perceptores de las prestaciones se ha reducido desde 1988.

En 1994, el 25 % de las prestaciones totales abonadas fueron a parar a asistencia médica, el 14 % al subsidio de incapacidad temporal, el 6 % se invirtió al subsidio por minusvalía física, el 39 % a pensiones, y el 14 % se abonó a subvenciones especiales. En la Tabla 26.5 se desglosan las prestaciones por sectores.

● ESTUDIO DE CASO: SUECIA

Peter Westerholm

Objetivos

El sistema oficial sueco de indemnización por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales está regulado por la Ley del seguro de lesiones profesionales de 1993. El régimen, concebido para funcionar en el marco del sistema sueco de seguridad social, se financia en parte con las cotizaciones de las empresas y en parte con cargo a los presupuestos del Estado.

El objetivo asignado legalmente a este régimen es el de indemnizar a los trabajadores por la pérdida de ingresos y por la merma comprobada de su capacidad para generar ingresos. Además, en gran parte del mercado de trabajo se aplica un sistema complementario, basado en convenios colectivos suscritos por los interlocutores sociales (organizaciones empresariales de los sectores público y privado, y organizaciones sindicales) de indemnización a la población asegurada por los daños a la salud y por la aparición de incapacidades y minusvalías: el denominado Seguro Laboral de Responsabilidad Objetiva (TFA). Por aplicación del principio de responsabilidad objetiva no se exige, para la admisión de una reclamación, que el interesado demuestre el comportamiento negligente de su empresa ni de tercero alguno implicado en el siniestro causante de la reclamación. Este sistema complementario no es público y no se encuentra regulado en las leyes, está cogestionado por las organizaciones empresariales y los sindicatos.

En los apartados siguientes se examina al sistema público de seguro sueco.

Organización

El sistema público se basa en los partes cumplimentados por los asegurados al producirse una lesión. Son asegurados las personas que tengan la condición de trabajadores por cuenta ajena en el momento de manifestarse la enfermedad o problema de salud. El parte de seguro —un impreso que el trabajador debe cumplimentar— se entrega a la empresa, que debe hacerlo llegar a la oficina regional o local de la seguridad social. Tras examinarlo con la documentación adjunta, la Junta Regional de la Seguridad Social resuelve sobre la admisión o inadmisión de la reclamación.

Si el asegurado o un tercero interesado no se conforma con la resolución de la Junta, puede recurrir ante un tribunal administrativo, integrado en el sistema judicial.

El sistema vigente el 1 de enero de 1993 se basaba en tres principios fundamentales:

- El concepto de lesión profesional;
- El concepto de factores de riesgo en el trabajo;
- El concepto de causalidad entre el factor de riesgo y la enfermedad contraída.

Lesiones profesionales

El concepto de lesión profesional se desglosa en dos componentes: los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. El elemento funcional del concepto es la *lesión*, que puede ser producida, bien por un accidente de trabajo, bien por un factor de riesgo presente en el actual lugar de trabajo o en un trabajo anterior. Por consiguiente, el concepto de lesión abarca tanto las consecuencias del daño físico producido por accidentes o enfermedades como las deficiencias causadas por diversos agentes físicos, químicos o psíquicos, o por otros factores ambientales presentes en el entorno del trabajo. El concepto de

enfermedad, que se utiliza en un sentido muy lato, comprende tanto las enfermedades catalogadas por la OMS como las disfunciones, trastornos y deficiencias que el sujeto percibe como desviaciones de su salud. Esto significa que en Suecia no existe una lista oficial de enfermedades profesionales o relacionadas con el trabajo. Cualquier enfermedad o deficiencia, extendida tal como se ha expuesto, se puede diagnosticar y considerar de origen profesional, en función de las pruebas aportadas en apoyo de la solicitud de indemnización. Esto implica que, además de las enfermedades y los problemas de salud causados directamente por el trabajo o por factores presentes en el lugar de trabajo, se pueden incluir en el concepto de lesión profesional los elementos siguientes:

- La manifestación precoz de enfermedades que, aun pudiendo estar relacionadas con el trabajo, se den también en la población general sin vinculación alguna con las condiciones de trabajo;
- Las enfermedades o trastornos funcionales carentes de relación causal con las condiciones de trabajo, siempre que factores presentes en el lugar de trabajo puedan contribuir a empeorar o acelerar su proceso.

Este concepto amplio de lesión profesional se viene aplicando desde 1977 y no cambió con la modificación introducida en la ley el 1 de enero de 1993. No existe, pues, una lista cerrada de enfermedades profesionales, ni se hace distinción alguna entre las de origen profesional y las relacionadas con el trabajo. El reconocimiento de un trastorno funcional o una enfermedad comunicado por la persona afectada (que se encuentre amparada por el sistema de seguridad social), como lesión profesional depende de las pruebas que aporte ésta.

Con la adopción de este concepto amplio se pretende que el sistema puede detectar los problemas de salud causados en todo o en parte por las condiciones de trabajo.

Factores de riesgo en el lugar de trabajo

La identificación de una lesión profesional está en función del descubrimiento de un factor de riesgo en el lugar de trabajo. A menos que se descubra algún factor de este tipo y se establezca su influencia en el origen de la lesión, la enfermedad o deficiencia resultante no se puede catalogar como lesión profesional.

Se considera *factor de riesgo* cualquier agente físico, químico o de otro tipo que pueda dañar la salud de los trabajadores. Se trata, sin embargo, de un concepto restringido. En efecto, en la ley no se incluyen entre los factores de riesgo los relacionados con el cierre de empresas, los conflictos laborales, la falta de apoyo social, la inadaptación a la cultura imperante en el lugar de trabajo ni circunstancias similares.

En la legislación vigente desde el 1 de enero de 1993 se define el factor de riesgo como aquel "que tiene muchas probabilidades de causar enfermedades o deficiencias".

En comparación con la normativa vigente hasta el 31 de diciembre de 1992, esta redacción supone una mayor exigencia de aportación de pruebas a los organismos de la seguridad social. Asimismo, en la exposición de motivos de la nueva ley se especifica que la valoración de la peligrosidad de los factores de riesgo considerados se debe corresponder con la opinión mayoritaria —a ser posible, el consenso— de un equipo de especialistas médicos. Si se producen opiniones discrepantes entre los especialistas en la valoración del potencial de riesgo, no se cumple el criterio de "muchas probabilidades".

La estimación del factor de riesgo supone igualmente una valoración cuantitativa. La exposición al factor en cuestión se debe valorar en función de la duración, la intensidad y otros criterios apreciables en la determinación del riesgo potencial.

Causalidad

Una vez establecida como muy probable la presencia o la existencia anterior de un factor de riesgo —lo que, en este contexto, implica asimismo una estimación cuantitativa—, el siguiente paso consiste en emitir un juicio definitivo sobre la plausibilidad de la existencia de una relación causal en el caso considerado. La regla de aplicación general consiste en exigir la acreditación de dicha relación causal para catalogar la enfermedad o el problema de salud como lesión profesional. En la normativa legal que estuvo en vigor hasta el 31 de diciembre de 1992, la apreciación de la relación causal era mucho más flexible. En efecto, dicha relación se presumía de jure una vez establecida la presencia probable de un factor de riesgo, sin posibilidad de prueba en contrario. Actualmente se ha invertido la carga de la prueba y se exige acreditar suficientemente la existencia de la relación causal. En la práctica, esto implica la necesidad de considerar igualmente otros posibles nexos causales, entre los que cabe incluir el estilo de vida del afectado, su empleo del tiempo libre y sus circunstancias personales en general.

Evaluación de la vulnerabilidad personal

El principio fundamental que informa la normativa legal es que se debe asegurar a todos, al margen de sus deficiencias constitutivas y de su vulnerabilidad. La aplicación de este principio puede causar bastantes problemas, por ejemplo, en la evaluación de los problemas de salud asociados a las alergias y las reacciones de hipersensibilidad. A veces resulta extremadamente difícil emitir un juicio informado sobre el peso relativo del estado físico personal y de los factores profesionales y ambientales, respectivamente. En estos casos, la dificultad estriba en conocer y evaluar las propiedades del factor de riesgo. Este (que puede consistir, por ejemplo, en la exposición a un producto químico o a la contaminación atmosférica en el lugar de trabajo) puede resultar inocuo para la mayoría de las personas expuestas y nocivo para las personas especialmente sensibles.

Prevención e indemnización por lesiones profesionales

En Suecia, la normativa legal reguladora del pago de indemnizaciones a las víctimas de lesiones es independiente y carece de toda relación directa con el ordenamiento legal sobre protección de la salud en el trabajo. El índice de siniestralidad laboral o de morbilidad profesional no repercute en el nivel de las cotizaciones abonadas por las empresas. Existe, pues, un régimen de cotización fija.

Las competencias del sistema de indemnización por accidentes de trabajo se limitan al pago de prestaciones a los afectados de lesiones diagnosticadas como profesionales, y no se extienden en absoluto a la política de prevención.

Otro tanto ocurre con la rehabilitación profesional, al margen de que se haya diagnosticado el origen profesional de una enfermedad o una lesión. Las empresas están obligadas a gestionar el inicio del proceso de rehabilitación de los trabajadores que hayan estado de baja durante un mínimo de cuatro semanas.

Función de los interlocutores sociales

La legislación de seguridad social no reconoce a los interlocutores sociales (esto es, los sindicatos y las organizaciones empresariales) participación alguna en la estimación o desestimación de las

solicitudes de indemnización por lesiones profesionales. Por el lado de los empleadores, las empresas están obligadas a remitir a la seguridad social cualquier reclamación formulada por los trabajadores por causa de lesión profesional. Los sindicatos suelen ayudar a sus afiliados mediante la tramitación de sus reclamaciones, el análisis de sus condiciones de trabajo y la prestación de asesoramiento.

Situación actual

Desde la entrada en vigor de la nueva legislación, los organismos competentes han estado ocupados en el estudio de un ingente volumen de reclamaciones por lesiones formuladas en el marco de la normativa anterior. Esto hace que se tenga hasta ahora una experiencia limitada en la aplicación de la nueva ley y que las estadísticas oficiales sean incompletas.

Se experimenta en la actualidad la necesidad de elaborar directrices prácticas para la aplicación de la legislación. La Corporación del Seguro Laboral de Responsabilidad Objetiva (TFA) y el Instituto Nacional sobre la Vida de Trabajo han editado recientemente un informe conjunto en el que se describe el alcance de los conocimientos sobre los factores patológicos y profesionales existentes en determinadas categorías de enfermedades. Hasta el momento, se dispone de estudios sobre las enfermedades tumorales, las enfermedades del sistema nervioso, las enfermedades pulmonares y de la pleura, las enfermedades malignas, las patologías cardiovasculares, las enfermedades de la piel y la pérdida de audición relacionada con el trabajo (Instituto Nacional sobre la Vida del Trabajo y Corporación del Seguro Laboral de Responsabilidad Objetiva 1995). Se encuentra en preparación otro informe dedicado a los trastornos psíquicos y los desórdenes mentales relacionados con el estrés.

A comienzos del decenio de 1990, antes de modificarse la regulación legal de la indemnización por lesiones profesionales, todos los años se aceptaba una media de 50.000 a 55.000 reclamaciones por este concepto. El número de accidentes de trabajo comunicados y reconocidos a partir de la modificación de la legislación ha oscilado entre 20.000 y 22.000. Los trastornos del sistema musculoesquelético han supuesto la mayor parte de las enfermedades profesionales comunicadas, con un 80 % del total.

Uno de los factores que más influyen en el número de lesiones profesionales comunicadas es la coordinación automática de las prestaciones recibidas, respectivamente, del sistema de indemnización por lesiones profesionales y del seguro general de enfermedad. En 1993, el período de coordinación se extendió de 90 a 180 días. Esto supone que las enfermedades y lesiones, incluso de origen profesional, sólo se indemnizan si ocasionan una baja laboral de larga duración (más de 180 días) o una incapacidad permanente. La indemnización correspondiente a los primeros 180 días se cobra del seguro general de enfermedad.

Se espera que el número de lesiones profesionales comunicadas y, por consiguiente, de casos reconocidos, comience a declinar en un futuro cercano. Los sistemas estadísticos oficiales no se han adaptado aún a los cambios legislativos. Esto supone que en la cifra oficial de lesiones profesionales comunicadas y reconocidas se incluyen tanto reclamaciones formuladas al amparo de la legislación anterior, como peticiones presentadas a tenor de la normativa vigente desde el 1 de enero de 1993. Por consiguiente, las actuales estadísticas oficiales no reflejan los efectos de las modificaciones legislativas mencionadas.

Referencias

- Abenham, L, S Suissa. 1987. Importance and economic burden of occupational back pain. *J Occup Med* 29:670-674.
- Aronoff, GM, PW McLary, A Witkower, MS Berdell. 1987. Pain treatment programs: Do they return workers to the workplace? *J Occup Med* 29:123-136.
- Berthelette, D. 1982. *Effects of Incentive Pay on Worker Safety*. No. 8062t. Montreal: IRSST.
- Brody, B, Y Letourneau, A Poirier. 1990. Indirect cost theory of work accident prevention. *J Occup Acc* 13:255-270.
- Burger, EJ. 1989. Restructuring workers' compensation to prevent occupational disease. *Ann NY Acad Sci* 572:282-283.
- Choi, BCK. 1992. Definition, sources, magnitude, effect modifiers and strategies of reduction of the healthy worker effect. *J Occup Med* 34:979-988.
- Cousineau, JM, R Lacroix, AM Girard. 1989. *Occupational Hazard and Wage Compensating Differentials*. Cahier 2789. Montreal: CRDE, Univ. de Montreal.
- Dejours, C. 1993. Ergonomics, occupational health and health status of groups of workers. En *Ergonomics and Health*, dirigido por D Ramaciotti y A Bousquet. Ginebra: Medical Hygiene.
- Documento oficial sobre el seguro de lesiones profesionales. 1993. Ref. SFS 1976:380 con enmienda de SFS 1993:357 (en sueco).
- Durratfourg, J, B Pélegrin. 1993. Prevention as a benefit. En *Ergonomics and Health*, dirigido por Ramaciotti y Bousquet. Ginebra: Medical Hygiene.
- Euzéby, A. 1993. *Financing the Social Security: Economical Efficacy and Social Rights*. Ginebra: OIT.
- Faverge, JM. 1977. Risk factor analysis of safety at the workplace. *Rev Epidemiol Santé Publ* 25:229-241.
- François, M, D Liévin. 1993. Is there a specific risk for uncertain jobs? En *Ergonomics and Health*, dirigido por Ramaciotti y Bousquet. Ginebra: Medical Hygiene.
- Gressot, M, P Rey. 1982. Statistical analysis of occupational injuries using CNA data (Switzerland). *Sozial-und Präventivmedizin* 27:167-172.
- Helmkamp, JC, CM Bone. 1987. The effect of time in a new job on hospitalization rates for accidents and injuries in the US Navy, 1977 through 1983. *J Occup Med* 29:653-659.
- Instituto Nacional del Seguro de Responsabilidad Civil a Todo Riesgo en la Vida Laboral y el Mercado de Trabajo. 1995. Enfermedades profesionales. Agentes peligrosos en el trabajo: Lesiones relacionadas con el trabajo (en sueco). *Arbete och hälsa* 16:1-219.
- Johnson, MR, BA Schmieden. 1992. Development of a library-based information service for the subject of worker's compensation: A proposal. *J Occup Med* 34:975-977.
- Judd, FK, GD Burrows. 1986. Psychiatry compensation and rehabilitation. *Med J Austral* 144:131-135.
- Laflamme, L, A Arsenault. 1984. Wage modes and injuries at the workplace. *Ind Relat J* 39:509-525.
- Léger, JP, I Macun. 1990. Safety in South African industry: Analysis of accident statistics. *J Occup Med* 11:197-220.
- Mallino, DL. 1989. Workers' compensation and the prevention of occupational disease. *Ann NY Acad Sci* 572:271-277.
- Mikaelsson, B, C Lister. 1991. Swedish occupational injury insurance: A laudable programme in need of reform. *Int Soc Sec Rev* 44:39-50.
- Morabia, A. 1984. *The Italian Preventive System for the Working Environment*. Cahiers ECOTRA, No. 5. Ginebra: Univ. de Ginebra.
- Niemczyk, SJ, CD Jenkins, RM Rose, MW Hurst. 1987. The prospective impact of psychological variables on rates of illness and injury in professional employees. *J Occup Med* 29:645-652.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). 1964. Convenio núm. 21 (1964) y Recomendación núm. 21 (1964): Prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Ginebra: OIT.
- . 1993. *Proceedings of the International Symposium on Work-Related Diseases: Prevention and Health Promotion (October 1992)*. Linz: OIT.
- Rey, P, A Bousquet. 1995. Compensation for occupational injuries and diseases: Its effect upon prevention at the workplace. *Ergonomics* 38:475-486.
- Rey, P, V Gonik, D Ramaciotti. 1984. *Occupational Medicine Inside the Swiss Health System*. Ginebra: Cahiers ECOTRA, No. 4. Ginebra: Univ. de Ginebra.
- Rey, P, JJ Meyer, A Bousquet. 1991. Workers using VDT: Difficulties at their workplace and the attitude of the occupational physician in such a case. En *Ergonomics, Health and Safety*, dirigido por Singleton y Dirx. Leuven: Leuven Univ. Press.
- Stonecipher, LJ, GC Hyner. 1993. Health practices before and after a worksite health screening. *J Occup Med* 35:297-305.
- Tchopp, P. 1995. Crises et mutations économiques: l'impact sur la sécurité sociale. *Réalités Sociales*. 29:75-83.
- Von Allmen, M, D Ramaciotti. 1993. LBP occupation and everyday life. FNRS No. 402-7068.
- Walsh, N, D Dumitru. 1988. The influence of compensation on recovery from LPB. En *Back Pain in Workers*, dirigido por Rayo. Filadelfia: Hanley & Belfus.
- Walters, V, T Haines. 1988. Worker's use and knowledge of the "internal responsibility system". Limits to participation in occupational health and safety. *Canadian Health Policy* 14:411-423.
- Warshaw, LJ. 1988. Occupational stress. *Occup Med. State Art Rev* 3:587-593.
- Yassi, A. 1983. Recent developments in worker's compensation. I Conferencia Anual del Consejo Canadiense de Medicina del Trabajo, noviembre, Toronto.

Otras lecturas recomendadas

- Böckle, B. 1993. *Injury Statistics, a Statistical Model*. Informe núm. 23. Suiza: CFST.
- Comité Mixto OIT/OMS sobre Medicina del Trabajo. 1989. *Epidemiology of Work-Related Diseases and Accidents*. Technical Report Series, No. 777. Ginebra: OMS.
- Djordjevic, DDP. 1983. Multiphastic screening. En *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo* (3ª edición), dirigida por L Parmeggiani. Ginebra: OIT.
- Hansen, JA. 1993. OSHA regulation of ergonomic health. *J Occup Med* 35:42-46.
- Hill, AB. 1971. *Principles of Medical Statistics*. Londres: Lancet.
- Kochan, F. 1992. Occupational diseases and possibility of preventing them. ISSA/AP/PC/XX/I. Informe de la Comisión Permanente para la Prevención de Riesgos Profesionales, Acapulco, 22 de noviembre-I de diciembre.
- LaDou, L. 1991. The challenge of international occupational health. *ICOH Quarterly Newsletter* 10(2):1-8.
- Muir, DC. 1995. Cause of occupational diseases. *Occup Environ Med* 52(5):289-293.