

SALUD LABORAL. CONCEPTOS Y TÉCNICAS PARA LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS LABORALES

Fernando G. Benavides, Carlos Ruiz-Frutos, Ana M. García
-- 3a ed . -- Barcelona : Masson , 2006

(EN PRENSA)

Índice

- 1. Introducción**
- 2. Los sistemas de aseguramiento de los riesgos laborales**
 - 1.1 Contingencias aseguradas
 - a) *Accidentes de trabajo*
 - b) *Enfermedades profesionales*
 - 1.2 Cobertura
 - 1.3 Prestaciones
 - a) *Prestaciones asistenciales*
 - b) *Prestaciones económicas*
 - 1.4 Organización. Entidades aseguradoras
 - 1.5 Financiación
- 3. La relación entre el aseguramiento y la prevención de los riesgos laborales**
 - 3.1 Consideraciones sobre la eficacia de los sistemas de prevención
 - 3.2 El balance de la prevención / reparación. Posibilidades de integración
 - 3.3 Las estadísticas de AT y EP
- 4. El sistema español**
 - 4.1 El aseguramiento de los riesgos laborales en España
 - a) *Contingencias aseguradas*
 - b) *Cobertura*
 - c) *Prestaciones*
 - d) *Organización. Mutuas de AT y EP*
 - e) *Financiación*
 - 4.2 La relación entre el aseguramiento y la prevención en España
 - a) *La integración en el ámbito institucional*
 - b) *Prevención, recargo de prestaciones y ajuste de cuotas*
- 5. Perspectivas y tendencias**
- 6. Normativa de referencia**

1. INTRODUCCION

En esencia, el objetivo de un **sistema de aseguramiento de los riesgos laborales** es el de garantizar a los trabajadores la reparación de los daños (para su integridad física o salud) sufridos con motivo del trabajo. En ausencia de seguro, dicha reparación sólo puede obtenerse a través de una acción judicial, que es inevitablemente larga, costosa, y de resultados inciertos. El seguro, pues, es beneficioso para el trabajador que ha visto su salud mermada, pero también para el empresario, porque en general limita su responsabilidad económica, si bien esto último depende en gran medida de la legislación nacional.

El alcance de un sistema de aseguramiento de los riesgos laborales depende básicamente de las “*contingencias aseguradas*” (¿cuáles son concretamente los daños cuya reparación queda garantizada?), de su *cobertura* (¿qué colectivos de trabajadores se incluyen / excluyen del sistema?) y de las *prestaciones* (asistenciales o económicas) a las que el trabajador tiene derecho en concepto de reparación. Por otra parte, resulta fundamental conocer, en cuanto a la organización del sistema, la naturaleza de las *entidades aseguradoras*, así como sus fuentes y formas de *financiación*. En el apartado 2 de este capítulo se analizan todos estos elementos y se presentan las diferentes alternativas entre las que puede optarse a la hora de diseñar el sistema.

Son los inevitables fallos del **sistema de prevención de los riesgos laborales** los que justifican la necesidad del sistema de aseguramiento. Además, existen múltiples relaciones, funcionales y económicas, entre los dos sistemas. No es de extrañar, por ello, que en muchos países se produzca un cierto grado de integración entre ambos. En el apartado 3 de este capítulo se analizan estas interrelaciones y se presentan los diferentes modelos de prevención / reparación en función de su nivel de integración.

En el apartado 4 se trata específicamente la situación de nuestro país en materia de aseguramiento y prevención de los riesgos laborales: En el apartado 4.1 se presenta el sistema de aseguramiento, incluyéndose lo relativo a las contingencias aseguradas (condicionadas por la definición legal de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional), la cobertura, las prestaciones, la organización del sistema (con una especial referencia a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales) y su financiación. En el apartado 4.2 se presenta las relaciones existentes, en España, entre los sistemas de prevención y de aseguramiento de los riesgos laborales, y su creciente grado de integración.

Finalmente, en el apartado 5 de este capítulo, se analiza y resume la situación y perspectivas de los sistemas de aseguramiento de los riesgos laborales y su integración con los de prevención.

2. LOS SISTEMAS DE ASEGURAMIENTO DE LOS RIESGOS LABORALES

2.1 Contingencias aseguradas

Como ya se ha dicho, el objetivo de un sistema de aseguramiento de los riesgos laborales es el de garantizar a los trabajadores la reparación de los daños sufridos con motivo del trabajo. En la gran mayoría de los países se considera que tales daños son “los Accidentes de Trabajo y las Enfermedades Profesionales”, lo que significa, en la

práctica, que el alcance del aseguramiento viene determinado por la definición legal de estas contingencias.

a) Accidentes de trabajo

La definición técnica y típica de accidente de trabajo (“suceso súbito, inesperado y no deseado que puede causar un daño al trabajador”) es más amplia que la definición legal, que sólo contempla como accidentes aquellos que efectivamente producen una lesión al trabajador. Por lo demás, en la mayoría de los países la definición legal incluye el carácter súbito y violento del accidente. En los casos en que no se incluye tal carácter, las enfermedades profesionales pueden llegar a considerarse como accidentes de trabajo.

En general, los *accidentes en desplazamientos* (fuera del centro de trabajo) durante la jornada laboral son reconocidos como accidentes de trabajo. Menos unánime pero mayoritario es el reconocimiento como accidentes de trabajo de los *accidentes “in itinere”* (los ocurridos al ir o volver del trabajo); no los reconocen, por ejemplo, Dinamarca, Reino Unido y los Países Bajos, y Suiza, Italia y Portugal lo hacen sólo si se dan ciertas condiciones.

Finalmente, la definición de accidente de trabajo puede especificar las circunstancias que impiden la calificación como tal de un accidente; las más comunes son la “*fuerza mayor*” y la “*imprudencia temeraria del trabajador*”.

b) Enfermedades profesionales

A la hora de establecer una definición de enfermedad profesional caben tres alternativas. La primera es la *definición abierta*: se define como enfermedad profesional “toda aquella provocada por el trabajo”. En la práctica esta alternativa es muy restrictiva, a pesar de su aparente flexibilidad, puesto que para reconocer una enfermedad profesional debe demostrarse que el trabajador está enfermo, que está expuesto a un agente capaz de causar la enfermedad y que realmente existe esa relación de causalidad (teniendo en cuenta las condiciones concretas del puesto de trabajo). Tras la adopción por la Organización Internacional del Trabajo, en 1964, del Convenio 121 (sobre prestaciones en caso de AT y EEPP), esta alternativa ha ido siendo paulatinamente abandonada.

La segunda alternativa consiste en establecer una *lista de enfermedades profesionales* asociadas, cada una de ellas, a la exposición a un determinado “agente causal” (el Convenio 121 de la OIT incluía, en el momento de su adopción, una primera lista, que se ha ido actualizando posteriormente). Si se produce la exposición y la enfermedad, se presupone que la primera es causa de la segunda. Esta alternativa facilita el reconocimiento como enfermedad profesional de las enfermedades incluidas en la lista, pero cualquier enfermedad excluida de la lista no será considerada como profesional, aunque tenga origen laboral (con los inconvenientes que ello puede suponer para el trabajador afectado).

Finalmente, la tercera –y mejor- alternativa es el establecimiento del denominado *sistema mixto*: una lista de enfermedades profesionales completada con una definición

abierta, que permita el reconocimiento de las enfermedades excluidas de la lista, si se prueba su origen laboral. La mayoría de los países de la UE tienen ya este sistema, siguiendo la Recomendación de la Comisión Europea de 1990 (1) sobre esta materia, y coinciden también en considerar como profesionales, a efectos de reparación, las enfermedades que no tengan un origen exclusivamente laboral pero que hayan sido *agravadas por el trabajo* (en caso de que esto pueda probarse). En el 2003 la Comisión Europea elaboró una nueva Recomendación (2) que no sólo incluye una nueva y doble lista de EEPP (enfermedades “profesionales” y enfermedades “sospechosas de serlo”), sino que establece además diez “recomendaciones básicas” para la prevención, reconocimiento y reparación de las mismas.

Sea cual sea el sistema empleado, es un hecho bien conocido que sólo una pequeña fracción de las enfermedades causadas o agravadas por el trabajo se reconocen como tales. Esto es esencialmente debido a que, si un determinado tipo de enfermedad puede tener un origen laboral o extralaboral (como ocurre en la mayoría de los casos), los sistemas sanitarios dan por supuesto, en la práctica, que se trata de una enfermedad “común”, sin llegar a investigar cuál es realmente su origen.

2.2 Cobertura

En determinados países, normalmente en vías de desarrollo, el “derecho a la reparación” sólo se tiene si se está asegurado, es decir, si la empresa (y / o el trabajador) está “afiliada” a un Seguro de AT y EP (y está al día en el pago de sus cotizaciones). En muchos otros países –entre ellos, los de la UE-, con sistemas de Seguridad Social, *el trabajador por cuenta ajena*, por el mero hecho de serlo, tiene derecho a la reparación de los daños sufridos con motivo del trabajo. Ello no quiere decir que todos los trabajadores por cuenta ajena estén cubiertos por el mismo tipo de “régimen”; a menudo determinados colectivos de trabajadores, por sus especiales características, quedan cubiertos por una legislación específica (*regímenes particulares*), como suele ocurrir en el caso, por ejemplo, de los agricultores o de los marinos o, aunque menos frecuentemente, de los funcionarios.

La situación del aseguramiento frente a los riesgos laborales de los *trabajadores autónomos* es muy heterogénea (incluso entre los países de la UE): estos trabajadores pueden estar totalmente cubiertos, estarlo sólo en el caso de determinados sectores, o estar excluidos; también puede darse el caso de que el aseguramiento sea voluntario. Una situación similar, en cuanto a su heterogeneidad, es la de los *estudiantes*, que pueden estar cubiertos desde el parvulario, estarlo sólo en las prácticas de aprendizaje, o quedar totalmente excluidos.

2.3 Prestaciones

a) Prestaciones asistenciales

Las prestaciones asistenciales se dirigen a proporcionar al trabajador la asistencia sanitaria necesaria para su curación y a conseguir la recuperación de su capacidad de trabajo. La asistencia sanitaria es un derecho reconocido en la práctica totalidad de los países. La situación es más heterogénea en relación con las prestaciones de recuperación. Entre las posibles prestaciones asistenciales cabe distinguir:

- El tratamiento médico y farmacéutico

- Las prótesis y ortopedias
- La rehabilitación funcional
- La orientación y formación profesional, cuando las lesiones no permiten el ejercicio del trabajo que se venía desempeñando.

b) Prestaciones económicas

Las prestaciones económicas por AT y EP son esencialmente de dos tipos: subsidios, en caso de incapacidad temporal, e indemnizaciones (en forma de capital o de renta), en caso de incapacidad permanente, o de muerte. Estas prestaciones son del mismo tipo pero, a menudo, más elevadas que las correspondientes a los accidentes y enfermedades de origen no laboral.

El monto del subsidio por *incapacidad temporal* es variable. En general, al menos en los países de la UE, suele estar comprendido entre el 60 y el 80% del salario (básico) de la víctima. También es variable el momento en que este subsidio empieza a percibirse: en muchos casos, a partir del día en que se produjo el accidente; en otros casos, a partir de los tres días e, incluso, de los quince días.

La situación en lo que respecta a las prestaciones económicas por *incapacidad permanente* es también muy heterogénea, incluso en cuanto al daño que se pretende compensar: la pérdida de la capacidad de trabajo, la lesión (“daño físico”), o ambas cosas. En general, el parámetro utilizado para determinar la magnitud de la prestación es el “grado de incapacidad (%)” y puede distinguirse entre la incapacidad para el ejercicio de la profesión habitual y la incapacidad para realizar cualquier tipo de trabajo (100% de incapacidad). En función del valor de este parámetro suelen darse tres alternativas: Si la lesión no es incapacitante, o la incapacidad es muy pequeña, la prestación es nula o prácticamente nula; para incapacidades leves, la indemnización se paga en forma de capital; por último, para incapacidades graves, la indemnización se paga en forma de renta (pensión), que puede llegar a ser incluso superior al 100% del salario básico del trabajador si su invalidez le impide subsistir sin ayuda de terceros.

Finalmente, en caso de *muerte* del trabajador, la mayoría de los países contempla, además del pago de los gastos funerarios, una pensión de viudedad (que puede suprimirse si el cónyuge vuelve a casarse) y, en su caso, una pensión de orfandad. La pensión de viudedad oscila sobre el 30% del salario básico (aunque en Italia, por ejemplo, llega hasta el 100%) y la de orfandad sobre el 20% para el primer hijo, con incrementos cuando se trata de un huérfano de padre y madre, y con reducciones o limitaciones en caso de dos o más hijos.

2.4 Organización. Entidades aseguradoras

La organización del aseguramiento, es decir, del reconocimiento de los derechos y la gestión de las prestaciones en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, puede realizarse de muy diversas formas. A menudo intervienen varias entidades u organismos con funciones complementarias: por ejemplo, la gestión de las prestaciones económicas, por un lado, y la prestación de servicios sanitarios, por el otro.

Esencialmente, pueden distinguirse tres tipos de entidades aseguradoras:

- Organismos públicos
Es el caso de los países, como el Reino Unido, en los que no se establecen distinciones entre las contingencias de origen laboral o “común”. En otros países (Italia, por ejemplo), aunque sí se establece tal distinción, la gestión del seguro la realiza una única entidad de carácter público (“Institutos del Seguro”). También se da el caso de que el reconocimiento del derecho a las prestaciones lo haga un organismo público aún cuando la gestión de las mismas la realice una asociación de empresarios o una compañía privada.
- Asociaciones de empresarios (“Mutuas”)
Estas asociaciones, sin ánimo de lucro, gestionan las prestaciones correspondientes a los trabajadores de las empresas “afiliadas”. En algunos casos (Chile, por ejemplo) son entidades privadas, pero en muchos otros casos (Alemania o Francia, por ejemplo) son corporaciones de derecho público, en régimen de autogestión, que colaboran con el Sistema General de la Seguridad Social.
- Compañías privadas
Se trata de entidades con ánimo de lucro que pueden, o no, tener una dedicación exclusiva al aseguramiento de los riesgos laborales. Es el caso, por ejemplo, de Portugal, Bélgica o Argentina.

2.5 Financiación

La financiación del sistema de aseguramiento puede correr a cargo del Estado, de los empresarios y - al menos en parte - de los trabajadores. En los países de la Unión Europea existe, a este respecto, una total homogeneidad: la financiación corre exclusivamente a cargo de los empresarios. Mucho más heterogénea es la situación en cuanto a las *tarifas* (lo que se cotiza por cada trabajador expresado como porcentaje de su salario). En la práctica pueden diferenciarse tres posibilidades, en función de la relación existente entre la tarifa y la siniestralidad:

- *Tarifa única*: todas las empresas tienen la misma tarifa, con independencia de su siniestralidad. La tarifa puede ser específica (por el aseguramiento frente a los riesgos de AT y EP), como es el caso de Austria, o quedar englobada dentro de la tarifa general de la Seguridad Social.
- *Tarifa por actividad profesional o actividad de la empresa*: cada actividad profesional o empresarial tiene una tarifa diferenciada. Normalmente, la tarifa tiene un componente fijo (para cubrir los gastos generales del sistema, los accidentes “in itinere”, etc.) y un componente variable, proporcional a la siniestralidad media de la actividad. Es el caso, por ejemplo, de Alemania e Italia. Este sistema puede compatibilizarse con pequeñas correcciones de la tarifa básica en función de la siniestralidad de la empresa. Si la “corrección” llega a hacer que la tarifa pagada por una empresa acabe siendo directamente proporcional a su siniestralidad (como ocurre en Francia para las empresas de 200 o más trabajadores) el sistema pasa a ser de “tarifa por empresa”.
- *Tarifa por empresa*: cada empresa tiene una tarifa individualizada. Teóricamente la tarifa de cada empresa debería ser directamente proporcional a su siniestralidad; esto resulta muy difícil en el caso de las pequeñas empresas. Por ejemplo, en una

empresa de 8 trabajadores (que tenga una accidentalidad media) es de esperar que se produzca, en promedio, un accidente leve cada dos años; es obvio que en estas condiciones los datos estadísticos carecen de significado, a menos que se refieran a largos periodos de tiempo. En la práctica, este sistema se emplea en los casos en los que el seguro es gestionado por empresas privadas (como en Portugal). Las tarifas pueden acabar fijándose con criterios “subjetivos” (en función de la situación financiera de la empresa, de la competencia que exista en el sector, etc.), lo que a su vez puede llegar a producir efectos indeseables.

En definitiva, los tres tipos de tarifas mencionados se corresponden con las distintas posiciones que pueden adoptarse en el conflicto entre dos criterios o principios básicos: el de la “solidaridad interempresarial” y el de que “cada empresa debe pagar por los daños que ocasiona”.

3. LA RELACION ENTRE EL ASEGURAMIENTO Y LA PREVENCION DE LOS RIESGOS LABORALES

3.1 Consideraciones sobre la eficacia de los sistemas de prevención

Un sistema nacional de prevención se compone esencialmente de dos elementos fundamentales y varios elementos complementarios. El primer elemento – y base del sistema – es el *normativo*; su objetivo es, esencialmente, establecer las obligaciones de los empresarios en materia de prevención de riesgos laborales. En la mayoría de los países, la normativa ha ido paulatinamente mejorando, tanto en cuanto a su calidad como respecto a la amplitud de los temas abarcados. En el ámbito de la Unión Europea existe una normativa (armonizada a nivel de “mínimos”) muy desarrollada; por ello, en general, la normativa no es el “eslabón débil” de los sistemas nacionales de prevención.

En cualquier caso, la prevención de los riesgos laborales no puede evolucionar exclusivamente a través del desarrollo normativo. Es necesario, paralela y simultáneamente, que el cumplimiento de la normativa sea controlado (*inspección*) y apoyado (*asesoramiento, asistencia técnica, etc.*). En general, son las PYMES las que necesitan más el apoyo institucional, por sus mayores dificultades para disponer de la información y los medios necesarios para desarrollar una acción preventiva eficaz.

El “subsistema de control y apoyo” es costoso, puesto que actúa directamente sobre la empresa y requiere, por tanto, personal numeroso y bien formado. Suele ser, por ello, el elemento crítico que condiciona la eficacia de los sistemas nacionales de prevención. Las actividades de control y apoyo a la empresa pueden organizarse de muy diversas maneras pero su financiamiento sólo puede proceder, básicamente, de dos fuentes: los presupuestos generales del Estado, o el Seguro de AT y EP.

El sistema de prevención consta, además de los mencionados, de otros elementos, complementarios pero imprescindibles, que permiten la realización de actividades tales como la divulgación de la información, la formación de expertos, las estadísticas de AT y EP (a las que se hará referencia posteriormente), etc. También estas actividades son financiadas, en muchos casos, por el Seguro de AT y EP.

3.2 El balance de la prevención / reparación. Posibilidades de integración

Los sistemas de prevención y de aseguramiento de los riesgos laborales no son económicamente independientes. Es evidente que las razones de la prevención son de carácter social y ésta no puede limitarse a los casos en que resulta económicamente rentable. Pero el coste del sistema de prevención puede ser compensado, al menos parcialmente, por la disminución de los costes de reparación de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Por ello, el balance económico de ambos sistemas debe hacerse siempre de forma conjunta. Ya se ha mencionado que la parte crítica – y más cara – de un sistema de prevención es la dedicada a controlar y, en particular, a dar asesoramiento y apoyo a las empresas, en especial, a las PYMES. Parece lógico que estas actividades sean financiadas, al menos parcialmente, a través de las cuotas del seguro. Con independencia de la fracción de estas cuotas que se dedique a la prevención, esta “integración económica” es siempre beneficiosa ya que la financiación de la prevención adquiere estabilidad (evitándose las oscilaciones asociadas a los cambios en los “presupuestos ministeriales”) y se hace directamente proporcional al número de trabajadores protegidos.

La mejor integración entre los sistemas de prevención y aseguramiento se produce cuando las propias entidades aseguradoras realizan funciones preventivas. Es lo que suele ocurrir en el caso de las Mutuas y de buena parte de los Institutos (públicos) del Seguro. En algunos casos, estas entidades aseguradoras no sólo proporcionan asistencia a las empresas sino que también tienen ciertas funciones de control del cumplimiento de la legislación.

En la Unión Europea la implicación del Seguro de AT y EP en la actividad preventiva es diversa¹. En algunos Estados miembros, como Alemania, Francia, Austria y Luxemburgo, la prevención se considera la misión esencial del sistema de seguro; en otros, es secundaria (España, Bélgica, Italia), Y finalmente hay un grupo (Irlanda, Reino Unido, Suecia, Finlandia y Dinamarca) en los que la prevención está encargada a organizaciones distintas del seguro. Desde un punto de vista conceptual podría decirse que en los países del primer grupo el seguro es esencialmente un organismo preventivo que subsidiariamente ejerce funciones aseguradoras, mientras que en los del segundo la situación es la contraria

Tampoco es raro que la normativa exija a las entidades aseguradoras privadas que apoyen y asesoren, en materia de prevención, a las empresas aseguradas. En estos casos, sin embargo, es necesario establecer ciertos requisitos (como fijar el porcentaje mínimo del presupuesto que debe dedicarse a la prevención) si se quiere garantizar la actuación preventiva de estas compañías.

Por último debe mencionarse que en algunos países los “Institutos técnicos de prevención”, dedicados a la investigación, la formación de expertos, la divulgación y otras actividades preventivas de interés general, son financiados, total o parcialmente, por los fondos del seguro. Es el caso, por ejemplo, de Francia (INRS) o Brasil (FUNDACENTRO).

¹ EUROGIP. La branche "Accidents de travail-maladies professionnelles" dans les pays de l'UE-15. Gestion, organisation, missions. Janvier 2005.

3.3 Las estadísticas de AT y EPP

Las estadísticas de AT y EPP son un punto de confluencia de los sistemas de aseguramiento y prevención de los riesgos laborales. No es objetivo de este capítulo estudiar los procedimientos de notificación y tratamiento estadístico utilizados ni comparar las estadísticas de diversos países. Sí lo es, por el contrario, analizar la forma como el sistema de aseguramiento puede condicionar las estadísticas, con objeto de evitar que se puedan cometer errores al comparar estadísticas o al intentar extraer conclusiones sobre la eficacia del sistema preventivo.

Ya se ha mencionado anteriormente que sólo una pequeña fracción de las enfermedades causadas o agravadas por el trabajo se reconocen como tales, debido a la incapacidad práctica de los sistemas sanitarios para detectar su origen laboral. A continuación se indican otros factores que pueden dificultar el aprovechamiento, o la comparación entre países, de los resultados estadísticos:

- En la mayoría de los países las prestaciones por accidente de trabajo son mayores que las correspondientes a los accidentes de origen no laboral. Si esta diferencia es pequeña o nula (por ejemplo, porque los accidentes de trabajo no tienen un tratamiento diferenciado dentro del sistema de la seguridad social) el interés para que se reconozca su origen laboral es bajo y la subdeclaración aumenta notablemente. Este es el caso, por ejemplo, del Reino Unido, donde la tasa de subdeclaración oficialmente reconocida es próxima al 50%. Otros Estados miembros de la Unión Europea se enfrentan a situaciones similares. Un fenómeno contrario se produce cuando el tratamiento diferenciado al que hemos aludido considera de una forma extremadamente "generosa" los accidentes de trabajo respecto a los accidentes no laborales. En ese caso se tiende a declarar como de trabajo accidentes que no lo son. Según la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo esta situación se daba en España en la segunda mitad de los años noventa².
- La definición de AT y EP puede incluir, o no, a los accidentes "in itinere", los accidentes en desplazamiento (durante la jornada laboral), los infartos durante el trabajo, etc., respecto a los cuales la capacidad preventiva del empresario tiene serias limitaciones.
- Los sistemas de notificación pueden presentar significativas diferencias en cuanto, por ejemplo, a los días de ausencia del trabajo necesarios para que la notificación sea obligatoria ("accidentes con baja"), al tiempo máximo que tiene que transcurrir desde el accidente hasta la muerte para que aquél se considere como accidente mortal, etc.

4. EL SISTEMA ESPAÑOL

4.1 El aseguramiento de los riesgos laborales en España

El Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS) (3) constituye el marco legal del aseguramiento de los riesgos laborales en España.

² AMAT. Informe de siniestralidad laboral. Propuestas para su reducción. Madrid. AMAT. 2001

a) Contingencias aseguradas

Al igual que en muchos otros países, las “contingencias aseguradas” en España son el accidente de trabajo y la enfermedad profesional, por lo que el alcance del seguro viene determinado por la definición legal de estos conceptos.

Se entiende como **accidente de trabajo** (artículo 123 de la LGSS) toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena. Se incluyen, entre otros,

- Los accidentes que sufra al ir o volver del trabajo (“in itinere”)
- Las enfermedades profesionales no clasificadas como tales
- Los “agravamientos” derivados del accidente

Se excluyen los motivados por “fuerza mayor” (pero no por insolación, rayo, o similar) y por dolo o imprudencia temeraria del trabajador, pero no son motivos suficientes para la exclusión la imprudencia “normal” del trabajador en el ejercicio de la tarea conocida ni la concurrencia de culpabilidad de terceros. Como criterio general, debe presumirse, salvo prueba en contra, que son accidentes de trabajo, las lesiones sufridas en o durante el trabajo.

Se entiende como **enfermedad profesional** (artículo 124 de la LGSS) la contraída como consecuencia del trabajo realizado por cuenta ajena en las actividades que se especifican en el Cuadro de Enfermedades Profesionales (4), y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional. Es de esperar que se produzca en breve una modificación del vigente Cuadro, para ajustarlo a la Recomendación (de 2003) de la Comisión antes mencionada; también se espera, asimismo, una modificación del sistema actual de declaración, comunicación y registro de EEPP.

Las anteriores definiciones merecen los siguientes comentarios:

- Aplicando el principio de que, salvo prueba en contrario, las lesiones sufridas durante el trabajo son accidentes de trabajo, la jurisprudencia ha establecido que deben considerarse como tales los infartos (y otros problemas de salud similares, como las hemorragias cerebrales, por ejemplo) ocurridos en el trabajo.
- Aunque la definición de enfermedad profesional se realiza mediante el “sistema de lista” (a través del Cuadro de Enfermedades Profesionales) el sistema español es, en realidad, un sistema “mixto”, dado que las enfermedades excluidas del Cuadro que tengan origen laboral son consideradas como accidentes de trabajo (a condición de que "*se pruebe que la enfermedad tuvo como causa exclusiva la ejecución*" del trabajo, tal como establece el artículo 115 e) del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994) y las prestaciones por uno y otro concepto son idénticas.

b) Cobertura

Quedan cubiertos por el Sistema:

- Todos los *trabajadores por cuenta ajena*, incluidos los funcionarios. Las prestaciones a que tienen derecho y las cotizaciones correspondientes son las que se describen en los puntos c) y f) de este apartado.
- Los *trabajadores por cuenta propia*³ y *asimilados*, incluidos los socios trabajadores de las Cooperativas de Trabajo Asociado (cuando éstas opten por este régimen en sus estatutos) que estén al corriente en el pago de las cuotas. Las prestaciones económicas son distintas según el Régimen Especial de la Seguridad Social de que se trate pero, en general, son inferiores a las correspondientes a los trabajadores por cuenta ajena, tanto en relación con la incapacidad temporal como con la incapacidad permanente.

c) Prestaciones

Las *prestaciones asistenciales* a las que tiene derecho el trabajador en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional son las siguientes:

- Tratamiento médico y quirúrgico, prescripciones farmacéuticas y, en general, toda técnica diagnóstica o terapéutica necesaria a juicio médico
- Aparatos de prótesis u ortopedia y vehículos para inválidos
- Cirugía plástica y reparadora (cuando sea necesaria por la importancia de las alteraciones del aspecto físico del accidentado, o para facilitar su rehabilitación funcional)
- Rehabilitación funcional (Medicina física y Fisioterapia)
- Orientación y Formación Profesional
- Tratamientos especializados de recuperación no profesional (cuando la gravedad de la invalidez imposibilite la profesional)

Las *prestaciones económicas* son de dos tipos: subsidios por incapacidad temporal (o, en determinados casos, mientras se recibe tratamiento para la recuperación) e indemnizaciones (en forma de capital o de pensión, según el caso) cuando el trabajador sufre una lesión no invalidante, o cuando se le reconoce una incapacidad permanente (parcial, total, absoluta o gran invalidez). En caso de muerte del trabajador, la indemnización la reciben sus derechohabientes. La definición de estas situaciones, que confieren derecho a una prestación económica, y el tipo y cuantía de ésta se detallan en la tabla 12.1 y la figura 12.1.

d) Organización. Mutuas de AT y EP

La gestión y administración de las prestaciones del sistema de la Seguridad Social por AT y EEPP corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), quien asume directamente las prestaciones económicas pero, como carece de instalaciones asistenciales, gestiona las prestaciones sanitarias mediante convenios con servicios sanitarios públicos o privados.. Sin embargo, el empresario puede optar por asociarse y recibir estas prestaciones y servicios de una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales a cuyo efecto éstas tienen legalmente la consideración de *entidades colaboradoras* de la Seguridad Social.

³ Con alguna excepción: En el caso del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos, la cotización por contingencias profesionales es optativa y está sujeta a determinadas condiciones.

El número de mutuas ha ido decreciendo paulatinamente en los últimos años, a la vez que aumentaba el porcentaje de la población trabajadora protegida por aquellas. En septiembre de 2005 existían 28 mutuas (frente a 58 que había en el 92) que cubrían a 13.280.626 trabajadores (el 95% del total) de 1.507.627 empresas y gestionaban un volumen de cuotas de 6.000 millones de euros aproximadamente⁴. Estos datos evidencian el papel central que juegan actualmente las mutuas en el aseguramiento de los riesgos laborales en España.

Las Mutuas vienen reguladas en la Sección 4ª de la LGSS y mediante un Reglamento específico (5). Sus principales características se indican a continuación:

- Son asociaciones de empresarios (responsabilidad mancomunada) que colaboran con la Seguridad Social en la gestión de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional y de la incapacidad temporal por contingencias comunes.
- Son entidades sin ánimo de lucro, que no pueden realizar otras actividades⁵ y cuyos ingresos (por las cotizaciones de los empresarios y, en el caso de la incapacidad temporal por contingencias comunes, también de los trabajadores) son patrimonio de la Seguridad Social.
- Deben afiliar a todo empresario que lo desee (y éste a todos sus trabajadores). Deben agrupar, al menos, a 50 empresarios y 30000 trabajadores.
- Quedan bajo la dirección y tutela del Ministerio de Trabajo. Sus cargos directivos están sujetos a estrictas responsabilidades e incompatibilidades y son "controlados" por una Comisión con representación paritaria de los empresarios y trabajadores afiliados.
- Los excedentes de la gestión, cuando los haya, deben ser mayoritariamente empleados en actividades de prevención y rehabilitación.

Con independencia de que el empresario esté, o no, asociado a una Mutua, la evaluación, calificación y revisión de la incapacidad y el reconocimiento del derecho a las prestaciones económicas por invalidez permanente, así como la verificación de la existencia de lesiones no invalidantes, corresponde siempre al INSS, que cuenta para ello con "Equipos de Valoración de Incapacidades" constituidos en las Direcciones Provinciales de dicho organismo. El procedimiento para la evaluación de la incapacidad se regula mediante una normativa específica (6).

Finalmente debe señalarse que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 77 de la LGSS, las empresas que cumplan determinados requisitos establecidos por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social pueden "autoasegurar" a sus

⁴ Estas cifras de recaudación y afiliación se refieren a la actividad de las mutuas como colaboradoras en la gestión de las contingencias profesionales. Desde 1996, además, las mutuas están autorizadas a colaborar en la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes, si bien sólo pueden prestar dicha colaboración para las empresas asociadas por contingencias profesionales. El número de trabajadores protegidos en esta segunda función era, a 1º de setiembre de 2005, de 9.293.692.

⁵ Actualmente están autorizadas a constituir sociedades dedicadas a la prestación de Servicios Preventivos a las empresas asociadas que lo deseen, como se indica en el apartado 4.2.

trabajadores en relación con el pago de las prestaciones por incapacidad temporal. En la práctica, son muy pocas las empresas que utilizan este sistema.

e) **Financiación**

La cotización por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales corre exclusivamente a cargo de los empresarios. El monto total anual de las cuotas por este concepto se sitúa (2005) alrededor de los 6.100 millones de euros, según los presupuestos de la Seguridad Social. Las tarifas actualmente en vigor son las establecidas en 1979 (7), con algunas pequeñas modificaciones, incluida una reducción lineal de las mismas de un 10%.

Las tarifas, expresadas como porcentaje sobre el salario base del trabajador, se clasifican en 128 tipos o “epígrafes”, en función de la actividad de la empresa y la ocupación del trabajador. Para cada epígrafe se distinguen dos componentes (incapacidad temporal, por un lado, e invalidez / muerte – supervivencia, por otro) cuya suma da la tarifa total. Las tarifas oscilan desde el 1%, en el caso de los empleados de oficina, hasta el 13 % correspondiente a los mineros del carbón. La tarifa media resultante es de un 2,75% aproximadamente.

El sistema de tarifas descrito presenta graves inconvenientes debido esencialmente a que:

- Su carácter “mixto” (en función de la actividad y de la ocupación) dificulta su aplicación práctica ya que muchas empresas tienen puestos de trabajo cuyos riesgos no tienen nada que ver con los riesgos propios de la actividad de la empresa (los oficinistas de una industria metalúrgica, por ejemplo).
- Las tarifas no están ligadas a la accidentalidad y han permanecido prácticamente constantes durante 20 años, con independencia de la evolución de ésta.
- Han aparecido nuevas actividades (la informática o la industria nuclear, por ejemplo) no consideradas en el cuadro de tarifas.

Debido a todo ello está en estudio una modificación del actual sistema de tarifas, que se analizará brevemente en un apartado posterior.

4.2 **La relación entre el aseguramiento y la prevención en España**

a) La integración en el ámbito institucional

A principios de los años setenta del siglo pasado se desarrolló el que fue denominado Plan Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo, financiado por la Seguridad Social, con el objetivo de disminuir los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. El Plan se convirtió en el Servicio Social del mismo nombre que, finalmente, en virtud de lo dispuesto en el Real Decreto Ley 36/1978, dio origen al Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, del cual se fueron desgajando, a partir de mediados de los ochenta, los antiguos Gabinetes Técnicos Provinciales, que se transformaron en los actuales Centros de Seguridad e Higiene de las Comunidades Autónomas. Hoy en día, sin embargo, ni el Instituto ni estos Centros dependen, funcional, orgánica o financieramente, de la Seguridad Social.

La aprobación, en noviembre de 1995 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales implicó la atribución a las mutuas de nuevas funciones preventivas, al autorizarlas a actuar como Servicios de Prevención Ajenos; ello exigió una nueva definición de su marco de actuación preventiva como entidades colaboradoras de la Seguridad Social, lo que no fue precisado legalmente hasta 1997. Anteriormente, algunas Mutuas venían realizando ciertas actividades preventivas, de forma relativamente anárquica, como resultado de "invertir" en este tipo de actividades (con el visto bueno del Ministerio de Trabajo) una parte del "exceso de excedentes de gestión" de las cotizaciones por AT y EP. Finalmente, mediante la Orden de 22 de abril del 97 (8) se reguló el régimen de funcionamiento de las Mutuas en el desarrollo de actividades de prevención de riesgos laborales. Estas actividades son de dos tipos: (1) Las comprendidas en la cobertura de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (actividades de apoyo a las empresas asociadas, con cargo a las cuotas de AT y EP), y b) las realizadas para las empresas asociadas que hayan contratado a la Mutua como "Servicio de Prevención Ajeno".

(1) Las actividades de apoyo a las empresas asociadas, con cargo a cuotas, pueden ser de diversos tipos (visitas de asesoramiento, formación de empresarios y trabajadores, organización de jornadas y seminarios, etc.) y deben dirigirse preferentemente a las PYMES y a los sectores o empresas de mayor riesgo. Quedan excluidas de estas actividades las que el empresario está obligado a desarrollar a través de alguna de las modalidades de organización de la prevención establecidas en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. La planificación y financiación de estas actividades se realiza partiendo del acuerdo de Bases establecido entre el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, en 1.997, y se ha venido desarrollando a través de Planes Marco con un importe anual de cerca de 2 mil millones de euros. Desde el 2005, el seguimiento de estas actividades se realiza a través de un Consejo Tripartito formado por miembros de la Administración y de las organizaciones empresariales y sindicales más representativas (9).

(2) Paralelamente, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y el Reglamento de los Servicios de Prevención, las Mutuas pueden desarrollar, con carácter voluntario y para las empresas asociadas, las funciones correspondientes a los Servicios de Prevención Ajenos. Para hacerlo deben pasar por el mismo proceso de acreditación (por parte de la Administración Laboral) que los otros Servicios de Prevención Ajenos con los que, por otra parte, entran en competencia. Por ello, estas actividades de las Mutuas no son gratuitas y su alcance y costo queda determinado en el concierto que deben suscribir con el empresario asociado que demanda sus servicios. En cualquier caso, y para evitar, entre otras cosas, la posible competencia desleal⁶, desde el año 2006 las Mutuas sólo pueden desarrollar actividades como Servicios de Prevención Ajenos a través de una "sociedad separada" u "organización específica e independiente" (10). A finales del año 98 las Mutuas daban ya asistencia a unas 25.000 empresas (cubriendo a más

⁶ Un análisis detallado de esta cuestión puede encontrarse en el Informe nº 672 del Tribunal de Cuentas, aprobado en sesión de 26 de mayo de 2005 y que lleva por título "*Fiscalización Especial de las actividades de colaboración en la gestión de la Seguridad Social de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en materia de prevención de riesgos laborales durante los ejercicios 2001, 2002 y 2003*"

de 1 millón de trabajadores) y ello, a pesar de las dificultades existentes para la puesta en marcha de este tipo de servicios, por la magnitud de los recursos involucrados y los retrasos que se han producido en el proceso de acreditación. A 31 de diciembre de 2002 el número de empresas que habían concertado la prestación del Servicio de Prevención Ajeno con una mutua se elevaba a 175.504, y el de trabajadores cubiertos a 4.757.367, alcanzando su facturación la cifra de 198.602.222 euros.⁷

b) Prevención, recargo de prestaciones y ajuste de cuotas.

Por último, al considerar las relaciones entre prevención y reparación, es conveniente analizar los "pagos" que el empresario debe hacer, o puede dejar de hacer, en función de las medidas preventivas que haya adoptado, o dejado de adoptar. Se trata, en concreto, de cuestiones relacionadas con el posible recargo de prestaciones y el "ajuste" de las cotizaciones por AT y EP.

El artículo 123 de la LGSS establece que todas las prestaciones económicas que tengan como causa un accidente de trabajo o enfermedad profesional se aumentarán según la gravedad de la falta, de un 30 a un 50%, cuando la lesión se produzca como resultado de determinados incumplimientos de la normativa de prevención de riesgos laborales. La responsabilidad del pago del recargo (compatible con cualquier otro tipo de responsabilidad) recae directamente sobre el empresario y no puede ser objeto de seguro alguno. La forma en que se expresan los incumplimientos que originan el recargo es lo suficientemente amplia como para que cualquier infracción a la normativa de prevención pudiera dar lugar a dicho recargo. En la práctica, sin embargo, por diversas razones, este artículo es mucho menos aplicado de lo que sería de esperar. Esta situación puede variar, al menos en parte, por la "novedad" introducida a través del artículo 42.5 de la Ley de Prevención, que establece que "La declaración de hechos probados que contenga una sentencia firme del orden jurisdiccional contencioso-administrativo, relativa a la existencia de infracción a la normativa de prevención de riesgos laborales, vinculará al orden social de la jurisdicción, en lo que se refiere al recargo, en su caso, de la prestación económica del sistema de la Seguridad Social".

Por otra parte, el recargo de prestaciones es una figura jurídicamente confusa, en parte sancionadora y en parte reparadora, que a menudo no cumple debidamente la función de compensación del daño, pues no es infrecuente que no se pague por insolvencia del empresario. Por ello el informe Durán⁸ propuso que fuera suprimido y sustituido por *"un procedimiento ágil ante los tribunales laborales, para la reclamación de la íntegra reparación del daño sufrido por el trabajador accidentado en caso de culpa del empresario, quien podría asegurar su responsabilidad"*.

Por su parte, el artículo 108 de la LGSS dispone que las cuotas por AT y EP podrán disminuirse en un 10% en el caso de los empresarios que se distingan por la eficacia de las medidas preventivas adoptadas, o incrementarse en un 10%, en el caso de incumplimiento de sus obligaciones preventivas o, incluso, en un 20%, si el incumplimiento se produce reiteradamente. Tampoco este artículo es de aplicación frecuente, al no estar claramente fijados los criterios para su interpretación y al no haberse establecido un sistema que

⁷ AMAT. Los servicios de Prevención ajenos mercantiles y las mutuas de accidentes de trabajo. Madrid. AMAT. 2004.

⁸ Durán, F. Informe sobre riesgos laborales y su prevención. Madrid. Presidencia del Gobierno. 2002.

contemple su aplicación generalizada al conjunto de las empresas. En estos momentos está en estudio, sin embargo, la modificación, en este sentido, de las cotizaciones por AT y EP actualmente vigentes. Es probable que la modificación, si llega a realizarse, se concrete en unas nuevas tarifas básicas, establecidas por sector de actividad, que calculen y se actualicen periódicamente, en función de la siniestralidad existente en el sector en cuestión. Es posible, pero más dudoso, que se establezca, además, una disminución o aumento de esas tarifas básicas (sistema "bonus/malus"), aplicable a cada empresa, en función de los resultados de la acción preventiva desarrollada.

5 PERSPECTIVAS Y TENDENCIAS

Si se analiza desde una perspectiva internacional, se observa que la organización del aseguramiento de los riesgos laborales adopta muy diversas formas, que abarcan prácticamente todas las posibilidades comprendidas entre dos modelos extremos y contrapuestos: el modelo de "aseguramiento inespecífico y gestión pública" y el del "aseguramiento individual y gestión privada".

En el primer modelo, el accidente laboral y la enfermedad profesional no tienen un tratamiento específico. Se los trata de la misma forma que a los accidentes y las enfermedades "comunes". No existe diferenciación ni en cuanto a la cotización ni en cuanto a las prestaciones. En general, este modelo se presenta en países con un Sistema de Seguridad Social muy avanzado, gestionado por entidades de carácter público.

Los defensores de este primer modelo aducen que todas las actividades económicas, con independencia del riesgo que impliquen, son necesarias para la Sociedad, por lo que carece de sentido establecer cotizaciones diferenciadas; que un Sistema de Seguridad Social "unificado" resulta más simple de gestionar y que la gestión por entidades de carácter público garantiza la transparencia del sistema y evita la picaresca inevitablemente asociada al ánimo de lucro.

En el segundo modelo (el extremo opuesto), el aseguramiento corre a cargo de compañías generales de seguros que compiten entre sí y "negocian" la cuota con cada empresa. Los defensores de este sistema argumentan que, de esta forma, cada empresario paga en función de los riesgos que crea, y que la gestión privada en régimen de competencia es mucho más eficaz que la gestión pública.

Buena parte de los países – España incluida - se sitúan en una posición intermedia "centrada" entre los modelos descritos. En este "modelo intermedio" existe un seguro específico para los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Se tiene en cuenta el riesgo asociado al tipo de actividad económica desarrollado por la empresa, pero no se da a cada empresa un tratamiento individualizado. El sistema está organizado sobre la base de entidades –en España, las Mutuas – dedicadas exclusivamente a la gestión (o a la colaboración en la gestión) de este tipo de seguro. Y, finalmente, estas entidades son de carácter público, o asimilado, o son de carácter privado, pero con un fuerte control público.

La integración de los sistemas de aseguramiento y prevención de los riesgos laborales, aunque sea de forma parcial, es una realidad consolidada en muchos países, especialmente en aquellos en los que existen entidades aseguradoras dedicadas a la gestión de este tipo de aseguramiento (como es el caso de España). En términos generales puede

decirse que el aseguramiento y, en particular, la prevención desarrollados por el Sistema tienden a mejorar si se respetan determinadas condiciones, que se exponen a continuación:

1. El Sistema tiene *estanqueidad financiera*: Lo que se recauda en concepto de seguro de AT y EEPP se gasta sólo en prevención o reparación de AT y EEPP (las tarifas del seguro se ajustan a tal efecto)
2. El Sistema tiene una *financiación* (básicamente) *proporcional y transparente*: Las tarifas se fijan teniendo en cuenta la siniestralidad y la relación entre ambas (tarifa y siniestralidad) es “pública” y se actualiza periódicamente
3. En caso que el Sistema esté conformado por múltiples entidades (Mutuas o no) que puedan actuar (por motivos de lucro u otros) con ánimo competitivo, el Sistema incluye los mecanismos necesarios para *minimizar los potenciales efectos negativos de la competencia*.
4. La estadística de AT y EEPP tiene “*sentido preventivo*”: permite distinguir y “separar” los siniestros cuya prevención no está fundamentalmente en manos del empresario (en trayecto, infartos, etc.)
5. El Sistema *invierte en prevención*: Una parte de lo recaudado (como mínimo un 5%) se dedica a la prevención. La “dedicación a la prevención” es, por tanto, una obligación (y no una opción) de las entidades que componen el Sistema
6. La “autoridad del Sistema” *gestiona la prevención* (la planifica, organiza y controla) de la siguiente forma:
 - en consulta / con la participación de los *trabajadores*
 - en coordinación / con la colaboración de las *instituciones competentes en materia de prevención*
 - *planificando* la prevención y, en particular, estableciendo *prioridades*: las actividades / colectivos a los que se destinarán preferentemente los recursos
 - *organizando* la prevención: asignando o estableciendo las reglas para la asignación de las actividades y los recursos preventivos a las entidades que componen el Sistema y, en su caso, a las entidades externas al mismo cuyo concurso sea crea necesario
 - *controlando* la prevención: verificando que se han realizado, efectiva y correctamente, actividades preventivas que se ajustan a lo planificado, y controlando la eficiencia en el uso de los recursos empleados

6. NORMATIVA DE REFERENCIA

- (1) Recomendación de la Comisión, de 22 de mayo de 1990, relativa a la adopción de una lista europea de enfermedades profesionales (DOCE L160, 26.6.90)
- (2) Recomendación de la Comisión, de 19 de septiembre de 2003, relativa a una lista europea de enfermedades profesionales (DOCE L238, 25.9.03)
- (3) Real Decreto Legislativo 1 / 1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (BOE 29.6.94), modificado por la Ley 42 / 1994, de 30 de diciembre, sobre Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social (BOE 31.12.94)
- (4) Real Decreto 1995 / 1978, de 12 de mayo, por el que se aprueba el Cuadro de Enfermedades Profesionales en el sistema de la Seguridad Social (BOE 25.8.78)
- (5) Real Decreto 1993 / 1995, de 7 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento General sobre colaboración en la gestión de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (BOE 12.12.95), modificado por los Reales

Decretos 250/1997, de 21 de febrero (BOE 11.03.97), 576/1997, de 18 de abril (BOE 24.04.97) y 428/2004, de 12 de marzo (BOE 30.03.2004)

- (6) Real Decreto 1300 / 1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42 / 1994, de 30 de diciembre, sobre Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social (BOE 19.8.95)
- (7) Real Decreto 2930 / 1979, de 29 de diciembre, por el que se revisa la tarifa de primas para la cotización a la Seguridad Social por Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (BOE8.1.80)
- (8) Orden de 22 de abril de 1997 por la que se regula el régimen de funcionamiento de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en el desarrollo de actividades de prevención de riesgos laborales (BOE 24.4.97)
- (9) Orden TAS/1974/2005, de 15 de junio, por la que se crea el Consejo Tripartito para el seguimiento de las actividades a desarrollar por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en materia de prevención de riesgos laborales en el ámbito de la Seguridad Social (BOE 27.06.05)
- (10) Real Decreto 688/2005, de 10 de junio, por el que se regula el régimen de funcionamiento de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social como servicio de prevención ajeno (BOE 11.06.05)

Tabla 12.1
Situaciones con derecho a prestación económica.

INCAPACIDAD TEMPORAL

Situación en la que se encuentran los trabajadores incapacitados temporalmente para trabajar debido a enfermedad profesional o a accidente de trabajo, mientras reciban asistencia sanitaria de la Seguridad Social, así como los períodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos.

LESIONES PERMANENTES NO INVALIDANTES

Son las lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo causadas por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, que sin llegar a constituir una incapacidad permanente suponen una disminución o alteración de la integridad física del trabajador.

INCAPACIDAD PERMANENTE

La situación del trabajador que después de haber seguido el tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definidas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral, dando lugar a distintos grados de incapacidad. Se distinguen cuatro grados:

- INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL

Es aquella incapacidad que, sin alcanzar el grado de total, ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33% en el rendimiento normal para su profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.

- INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL

Es aquella incapacidad que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las tareas fundamentales de su profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

- INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA

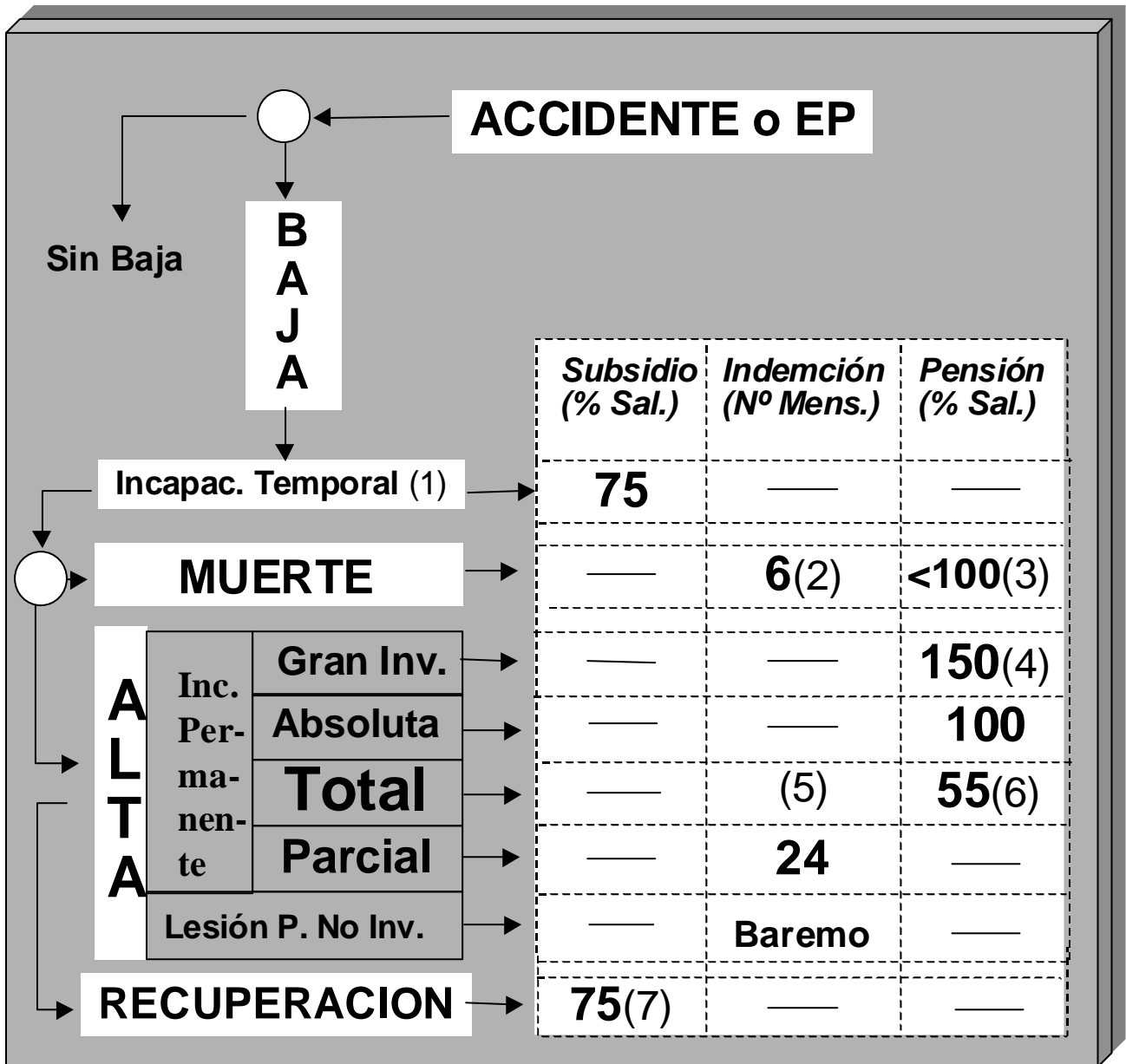
Es aquella que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio.

- GRAN INVALIDEZ

La situación de un trabajador afectado de incapacidad permanente que a consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, requiere de otra persona para llevar a cabo los actos esenciales de la vida.

Figura 12.1

Prestaciones económicas en caso de accidente



(1) Máximo 12 meses, prorrogables hasta 18 (si se espera la curación) o, en determinados casos excepcionales, hasta 30

(2) Y, además, los gastos de sepelio

(3) Viudedad (55%), Orfandad (20%) y otras pensiones de familiares dependientes, hasta un máximo del 100%

(4) O sólo el 100%, más ingreso en Institución asistencial

(5) Para personas con fuentes de ingresos, la pensión puede sustituirse por una indemnización variable, tanto menor cuanto más cerca esté la jubilación (máximo 84 mens.)

(6) Incrementada 20% para mayores de 55 años sin empleo

(7) Cuando el tratamiento de recuperación es necesario e implica la baja o se es pensionista por incapacidad permanente. Si se cobra pensión por Incapacidad total, el subsidio se reduce del 75 al 20%.