



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Biblioteca "Alfredo L. Palacios"



El seguro de accidentes del trabajo

Villamagna, Luis Atilio

1959

Cita APA: Villamagna, L. (1959). El seguro de accidentes del trabajo.
Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas

Este documento forma parte de la colección de tesis doctorales de la Biblioteca Central "Alfredo L. Palacios".
Su utilización debe ser acompañada por la cita bibliográfica con reconocimiento de la fuente.
Fuente: Biblioteca Digital de la Facultad de Ciencias Económicas - Universidad de Buenos Aires

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
INSTITUTO DE POLITICA SOCIAL

ORIGINAL

EL SEGURO DE

ACCIDENTES DEL TRABAJO

Trabajo efectuado para optar al título de
Doctor en Ciencias Económicas.-

LUIS ATILIO VELLAMAGNA

REGISTRO N° 16.187

ORIGINAL

TESIS

M.423

V3

ANTECEDENTES

DEL

SEGURO DE

ACCIDENTES DEL TRABAJO

Las condiciones en que el trabajo se venía prestando hasta mediados del siglo XIX, motivaban tanto la existencia de pocos accidentes como el buscar solución a los mismos dentro de otras normas y condiciones distintas a las que hoy se prestan.-

En primer lugar, la decidida influencia consistía en que no existían las complicadas y peligrosas maquinarias que actualmente se usan, así como aun no se usaban industrialmente el vapor, la electricidad, etc., con los peligros que le son inherentes, máxime por la potencia y velocidad de los artefactos por ellos accionados.-

Hay que hacer notar además, y que es un factor de indudable importancia, la clase de trabajo que se realizaba, generalmente manual, prestado por los operarios y realizado casi sin el empleo de maquinarias, y en el supuesto caso que existieran éstas, eran de simple manejo.

Por otra parte, la escasa mano de obra contratada por cuenta ajena y la eficaz enseñanza de los oficios por las categorías existentes, como ser aprendiz y oficial, demuestran que no eran posibles los accidentes del trabajo, en forma continua, como puede suceder hoy en día.

En segundo lugar, las organizaciones gremiales y corporativas ofrecían asistencia y protección para las víctimas de los accidentes que ocurrieren, que según el espíritu de aquella época semejaban a una gran familia que no iban a dejar abandonado al accidentado para que solucionase su problema o situación anormal por sus propios medios.

Debe decirse, no obstante, que no comienza recién en el siglo XIX la protección al obrero, sino que ya en las

primitivas civilizaciones existían algunos preceptos, como ser en Las Leyes del Manú, donde se consideraba que el trabajo manual era una ocupación vil, indigna de un buen ciudadano.-

El Libro del Consulado del Mar, publicado en Barcelona, contiene preceptos sobre accidentes, como por ejemplo cuando dice que " si un marinero se enferma o muere en la nave, debe el patrón pagarle por entero su salario en el primer caso, y si hallare un pariente del difunto allí, se le deben dar sus cosas en el segundo caso ".-

Llegamos así a las Leyes de Indias donde debe tenerse una especial consideración, pues aunque ellas no comprenden lo mejor en la materia, constituyen uno de los antecedentes más ponderables en materia de accidentes, sobre todo en lo que concierne al trabajo agrícola y explotaciones mineras.-

También las Leyes Nuevas y la Cédula del Servicio Personal, sirven como antecedentes para la regulación de los accidentes, pues ellas contienen como característica principal la introducción de una severa vigilancia dentro de las tareas laborales y cuando determinan específicamente que en caso de accidentes los obreros deben " ser muy bien curados ".-

Con el transcurso del tiempo, tiene lugar la modificación total de los hechos mencionados.

De una parte, el considerable aumento de percances en el trabajo debido a la concentración de operarios en las grandes industrias, y de otro, el uso de nuevas maquinarias accionadas por los nuevos inventos que se conocen

con sus agregados lógicos de velocidades, incendios, explosivos, correas, engranajes, balancines, etc., transforman totalmente los accidentes del trabajo en cuanto a su frecuencia, dejando de ser esporádicos para transformarse en una serie ininterrumpida de desgracias.-

A esto debe unirse, además, la desaparición del régimen legal y corporativo, que apsa a ser un movimiento anticorporativo que acaba con todo el sistema gremial, que deja al trabajador u obrero sin protección de ninguna índole ante el peligro que para él, suponen tanto el accidente del trabajo como la enfermedad profesional.-

Consecuencia de todo lo dicho, es que se inicia la decidida intervención del Estado en todo lo relacionado con accidentes del trabajo, enfermedades profesionales y condiciones de salubridad para los obreros empleados en cualquier clase de tareas, profesión u oficio.-

El Estado toma ingerencia en una sana política social y de ahí que se justifica su doble intervención: preventiva y reparadora.-

Es menester montar un adecuado sistema legal que permita, con toda clase de seriedad y eficacia, obtener la curación y asistencia médica del accidentado o enfermo, así como una buena compensación de tipo económico a la disminución de la capacidad laboral sufrida, tanto mientras dure el proceso cu-

rativo como cuando ya aparezcan clara y definida-
mente las consecuencias fisiológicas y funcionales
originadas por la enfermedad o accidente.-

No obstante, según ya se ha mencionado, no solo
es reparadora la obra del Estado, sino que precisa
evitarlo también en lo posible, es decir, que debe
prevenir.-

Consecuencia de ello, es de mucho interés ocu-
parse tanto de las condiciones generales en que el
trabajo se realiza, como del buen funcionamiento de
los aparatos o maquinarias que son utilizados, sin
olvidar las medidas de seguridad y reunir en con-
junto un sinnúmero de providencias que permitan re-
ducir en un máximo las posibilidades de daño al tra-
bajador.-

En el comienzo de este trabajo, se ha dicho,
que la iniciación de las reglamentaciones de los
accidentes del trabajo, enfermedades profesionales y
condiciones del trabajo donde empleados y obreros
realizan sus tareas, comienzan en el siglo XIX.-

Indudablemente que no puede hacerse un estu-
dio analítico y profundo de las legislaciones vigentes
en los distintos países del mundo, pero a pesar de
ello, puede hacerse una síntesis a título informa-
tivo, una breve sinopsis de las que se consideran
disposiciones más interesantes de las leyes y re-
glamentaciones que en el mundo legislan sobre ac-
cidentes del trabajo y enfermedades profesionales
asi como las condiciones del trabajo.-

Reseñemos esa síntesis:

ALEMANIA:

La primitiva ley de 1884 tuvo una considerable ampliación y perfección en lo que respecta al actualización, con las diversas modificaciones que tuvo en años subsiguientes hasta llegar al año 1925 que es la que está en vigencia junto con la obligatoriedad del seguro de accidentes.-

Comprende esta ley, la asistencia médica especializada, la reeducación profesional y la reincorporación al trabajo. La indemnización se satisface en forma de pensión y alcanza para la incapacidad permanente y total hasta los dos tercios del salario que disfrutase el accidentado a la fecha del siniestro.-

Tales pensiones se encuentran aumentadas en un determinado por ciento, según el número de menores de quince años que vivan a cargo del beneficiario de la misma.-

El régimen de seguros de accidentes del trabajo, ha sido implantado por una ley sancionada en el año 1942, que considera como accidentes los producidos hacia y desues del trabajo, así como aquellos que tengan lugar en talleres o centros de enseñanza profesional.-

Comprende en su ámbito de aplicación a los tra-

bajadores a domicilio y los aprendices, y extiende además, el seguro, a una numerosa cantidad de empleados de oficinas, especialmente los del servicio público.-

El campo de protección a las enfermedades profesionales ha sido considerablemente ampliado a partir de 1943, no solo en cuanto abarca nuevos tipos, sino por haber sido incluídas en el seguro las enfermedades contagiosas contraídas durante el desempeño de la actividad profesional fuera de su territorio.-

FRANCIA:

Después de varias leyes y decretos se ha llegado a la legalidad vigente constituída fundamentalmente por la ley sancionada en el año 1938.-

Esta ley fué ampliada por dos disposiciones del año 1942, una que introduce mejoras para los asalariados que hayan sufrido accidentes, y otra, que reorganiza la legislación sobre accidentes en la agricultura.-

Es norma fundamental el pago de la indemnización en forma de renta para todos los accidentes, salvo las reglamentaciones especiales que rigen para el trabajo del mar y de algunos servicios del Estado.-

La ley establece como condiciones para so-

meterse a sus beneficios a los siguientes requisitos:

- a) Sufrir una incapacidad de trabajo de un veinte por ciento como mínimo;
- b) Ser francés, o por lo menos residir en forma estable en territorio francés;
- c) Ser o haber sido asalariado en el momento de producirse el accidente;
- d) No trabajar en la agricultura, pues como ya se ha mencionado, tienen una disposición particular.

Establece una interesante norma, en virtud de la cual, los que hasta el momento de la sanción de la nueva ley venían percibiendo una pensión inferior al amparo de la antigua legislación, se le completará hasta llegar al tipo marcado en la nueva ley.

Cuando la incapacidad es total, la renta que se le paga al accidentado, puede llegar a ser igual al salario que estuviese percibiendo en el momento de producirse el siniestro.-

INGLATERRA:

Las corrientes liberales netamente dominantes en Inglaterra, han tenido clara repercusión en su legislación sobre accidentes del trabajo.-

Se inicia en 1880 sufriendo sucesivas modificaciones hasta llegar al año 1943, en el cual se sanciona la ley hoy vigente.-

Continúa siendo facultativo el asegurarse salvo los que trabajan en las minas de carbón cuya obligación fija expresamente la ley.-

Cuando debe abonarse la indemnización, en caso de desacuerdo, son reguladas aquellas mediante amigable composición, por medio de árbitros.-

No se distingue la incapacidad permanente de la temporal.-

Si la incapacidad es total se satisface una asignación mensual o semanal según se establezca, y cuando el caso es de abonar semanalmente esa asignación es igual a la mitad de su salario; si la incapacidad es parcial, tal asignación mensual se determina como la mitad de la diferencia de lo que la víctima ganase antes y después del accidente, una vez disminuída su capacidad de trabajo.-

ITALIA:

Se inicia en este país la legislación sobre accidentes del trabajo en 1898, cuando se llegó a feliz término luego de una infinidad de proyectos y resoluciones.-

También esta ley, con el transcurso del tiempo fué modificada, hasta llegar al año 1935 durante el cual se dictó la ley que hoy rige los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales en todo el territorio italiano.-

Durante el transcurso del año 1931, fué incorpo-

rado a la legislación, el seguro obligatorio de accidentes a los alumnos de las escuelas en cuyos programas figuren prácticas o experimentos peligrosos.-

La indemnización se paga en forma de pensión y varía el monto de acuerdo a las cargas familiares que tenga el accidentado y de acuerdo al jornal que cobrase el día que sufrió el accidente.-

RUSIA:

Estan actualmente en vigor las normas contenidas en el Córdigo de Trabajo.-

En dicho Córdigo, se encuentran todas las disposiciones referentes a los seguros sociales entre cuyos objetivos figuran los accidentes y enfermedades profesionales, con tres tipos de medidas reparadoras:

- a) Prestación de la asistencia médica necesaria para el restablecimiento del accidentado;
- b) Pago de un subsidio en el caso de pérdida temporal de la capacidad de trabajo;
- c) Pago de una pensión en caso de invalidez clasificadas según los distintos grados de acuerdo al accidente.-

De lo expuesto, se deduce una característica interesante.-

La legislación rusa engloba en el seguro en el seguro social único el accidente del trabajo y la enfermedad profesional.-

Su campo de aplicación es amplio pues abarca a todas las personas que presten trabajo asalariado, independientemente de la función que realicen del tiempo de la ocupación y de la forma de realizar esa ocupación.-

Cuando se produce una incapacidad temporal debe pagarse el salario completo o sea la totalidad de lo que estaba percibiendo a la época del accidente, pero están facultados los órganos centrales de la administración del seguro social para, en caso de deficiencias de medios, rebajar su cuantía a un tercio de la tarifa o de lo que correspondiere abonar.-

La determinación del grado de invalidez queda sujeta a lo que establezca el Consejo Federal del Seguro Social, estableciéndose que en la medida de la pensión completa para un incapacitado no puede ser inferior a la mitad del salario de la localidad donde hubiese estado trabajando durante la fecha del accidente.-

SUIZA:

Rige fundamentalmente en este país la ley

la ley sancionada en el año 1928.-

La incapacidad temporal se satisface con el ochenta por ciento del salario que se viniese percibiendo, haciéndose efectivo a partir del tercer día del accidente, y por toda la curación del mismo.-

Se contempla por esta resolución, lo amplia que es la ley suiza en lo que respecta a las indemnizaciones, totalmente diferentes a cualquiera de las vigentes en otros países y sobre todo con el nuestro.-

La incapacidad permanente se paga en forma de pensión, y en la cuantía del sesenta por ciento si es total, pero con un límite máximo, similar a la ley nuestra, y proporcionalmente a la disminución sufrida si la incapacidad que padece el accidentado es parcial.-

El seguro se ejerce por la Caja Nacional del Seguro Suiza contra los accidentes, llevándose a la realidad mediante una fórmula mutualista.-

En lo que respecta a su extensión o campo de aplicación, abarca a todos los trabajadores ocupados en la industria, en la artesanía y en las empresas de transportes y aeronavengación.-

BRASIL:

Rige actualment la ley sancionada en el año

1934 cuyo campo de aplicación es extenso, pues abarca a todos los comprendidos dentro de las tareas asalariadas salvo raras excepciones, con una característica interesante que se detalla.-

Es decir, que comprende a todos los trabajadores, salvo aquellas que tengan un salario superior a los un mil resi al mes, las personas de la familia y los técnicos, que tienen un especial trato.-

Comprende tanto los accidentes del trabajo como las enfermedades profesionales, especialmente detalladas.-

Siguiendo un sistema muy común en América, se indemnizan las incapacidades con una suma única y global, aparte, claro está, de la asistencia médica y farmacéutica.-

La incapacidad temporal es compensada con dos tercios del salario, por una duración máxima de un año, la permanente y total con tres anualidades del salario que se viniese percibiendo a la fecha del accidente.-

En lo que respecta a la indemnización parcial y permanente, se indemniza proporcionalmente al grado de incapacidad sufrida, y en una cuantía que oscila entre el 5 y 80 por ciento de tres años de salario.-

La incapacidad también tiene su seguro, pero

éste es facultativo, pudiendo llevarse a cabo bien en Compañías aseguradoras o ya por medio de mutualidades autorizadas y reconocidas por el Estado.-

Finalmente, la indemnización por caso de muerte, se regula según la composición familiar de la víctima.-

COLOMBIA:

La ley reguladora de los accidentes del trabajo, luego de distintas y sucesivas modificaciones, quedó sancionada definitivamente en el año 1932.-

Debe hacerse notar en la legislación de este país, el estrecho campo de aplicación de la ley en sus disposiciones.-

Se reconocen cuatro tipos de incapacidades:

- a) Incapacidad temporal;
- b) Incapacidad permanente parcial;
- c) Incapacidad permanente total
- d) Muerte.-

La incapacidad temporal se indemniza, además de con la asistencia médica, con el pago de las dos terceras partes del jornal.-

La permanente parcial con un número variable de jornales que oscila entre el mínimo de dos meses y el máximo de un año.-

La incapacidad permanente y absoluta se repara con el pago de dos años de salarios y la muerte del trabajador con un año de jornal satisfecho a sus familiares.-

Digno de destacar es el decir que el seguro de accidentes del trabajo no tiene carácter de obligatorio.-

URUGUAY:

La primitiva ley de accidentes del año 1920 fué modificada en varias oportunidades hasta llegar a la del año 1941 que es la que rige en la actualidad.-

b Su campo de aplicación es extenso, pues comprende a todos los obreros en general, a los aprendices, tengan o no retribución, a los mayores y menores de edad que hayan sido sometidos a prueba, a toda persona con o sin retribución que realice trabajos en establecimientos industriales por orden del dueño, al personal del servicio doméstico, a los trabajadores rurales ocupados en ganadería, agricultura e industrias derivadas; a los vareadores, jockeys, peones, capataces, y cuidadores ocupados en hipódromos y studs.-

La incapacidad temporal se indemniza con la mitad del salario durante los primeros treinta días

y a partir del que hace 31 con los dos tercios.

En caso de incapacidad permanente, la pensión será igual a la reducción que la incapacidad haya producido en el sueldo o salario, menos un quince por ciento de éstos, sin que la renta pueda ser inferior a la mitad de la reducción sufrida,-

Si el incapacitado necesita la ayuda de otra persona, la pensión se eleva al cien por ciento de su remuneración.-

La pensión por muerte se encuentra regulada según las cargas de familia que tuviera la víctima.-

El seguro no es obligatorio, pero los patronos que lo hacen gozan de ciertas franquicias o beneficios.-

Para que las enfermedades profesionales originen responsabilidades se precisan que concuerden los siguientes requisitos:

- a) Que la enfermedad haya aparecido durante el trabajo;
- b) Que el obrero estuviese ocupado habitualmente en el trabajo que causa la enfermedad profesional;
- c) Que esta enfermedad haya causado muerte o incapacidad;

d) Que no haya transcurrido un determinado plazo de tiempo, variable para cada enfermedad, entre el abandono del trabajo y la dolencia.-

ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMERICA:

Los americanos comprenden y reconocen el tremendo número de ensayos que han sido dirigidos hacia una solución del problema de los accidentes del trabajo.-

Indudablemente que los Estados Unidos presenta una legislación muy compleja, si se toma en cuenta la legislación de los 48 estados, del distrito federal y de los cuatro territorios.-

Por ello, Estados Unidos, puede ser considerado un mundo dentro de si mismo, con los mismos problemas más o menos sin resolver que se hallan en todos los países donde se ha desarrollado la industria y la legislación social tanto dentro como fuera de los países europeos.-

Este país ha sufrido distintas transformaciones sociales a través del tiempo, y por supuesto no iba a quedar al margen la regulación en materia de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.-

Desarrollando esas etapas en forma más o menos resumida puede expresarse lo siguiente: La etapa más antigua y más primitiva era aquella en que el empleador era responsable por las pérdidas materiales que resultaban de un accidente al obrero.-

Este tenía que entablar un pleito contra el empleador. No había ninguna suma establecida por ley en cuanto a la suma que tenía que ser pagada.-

Consecuencia de ello, hubo una gran cantidad de resultados, pues cada ~~xxxxxxx~~ corte juzgaba diferente.-

Las compañías privadas cubrían parcialmente la responsabilidad de los empleadores,

El próximo paso fué fijar un cierto monto de indemnización y generalizar el seguro voluntario contra responsabilidad.-

Se introduce, entonces, el seguro obligatorio contra responsabilidad. El empleador tenía derecho a elegir la compañía de seguro por la cual deseaba ser cubierto.

A veces fueron establecidas cortes que para juzgar los accidentes en forma especial separándose de las comunes que lo eran en forma general.-

Después se fundó un fondo estatal aparte de las compañías privadas de seguros; el empleador podía obtener cobertura por medio de este fondo.

Esta innovación trajo una tarifa de primas más equilibrada y algunas unificaciones en la dirección del negocio de seguro contra responsabilidad.-

El progreso más reciente en este seguro ha sido la abolición de la responsabilidad de los empleadores, como tales, pero ha traído un sistema de compensación que hace más favorable la situación del trabajador, el que ya no necesita entablar acción contra el empleador.-

También ha sido introducido el seguro contra accidentes o seguro de compensación como lo denominan los americanos.-

Fue implantada la administración de este seguro desde el sistema del seguro voluntario hasta el seguro obligatorio, tanto en compañías privadas como en fondos dependientes del Estado.-

El sistema extremo es el monopolio estatal en forma de fondo, obligatorio para todos los empleados.-

En la actualidad de todas las formas mencionadas hay muchas que están en vigencia en

en el país del Norte.-

Aun en países extranjeros, donde predominan leyes similares, se encuentran diversas variaciones; como ser que no se incluyen profesiones idénticas (por ejemplo servicio doméstico y agricultura no están incluidos); no cubren las mismas categorías de trabajadores (p. ejm. diferentes edades,); no cubren los mismos casos fatales (las pérdidas mínimas pueden estar o no cubiertas), etc.etc.,

Referente al lapso que puede correr entre el momento del accidente y la muerte, a veces es tomado un año como el período dentro del cual los casos pueden ser considerados fatales; a veces son incluidos únicamente los casos de muerte producidos el mismo día del accidente.-

Hay muchas diferencias con respecto al significado de accidentes fatales.-

La legislación de un país requiere que el accidente haya ocurrido como resultado del y durante el trabajo.-

En otro se tiene en cuenta el ocurrido debido a la naturaleza del trabajo.-

En otro se requiere que el accidente haya ocurrido como consecuencia del trabajo.

Determinar cuando debe comenzar exactamente la indemnización es un factor de gran importancia.-

Unos pocos estados americanos conceden indemnización inmediatamente después de ocurrido el accidente.-

En Inglaterra, como ya se ha dicho, no se paga la indemnización hasta que hayan transcurrido cuatro días, en Italia cinco días ; en Bélgica siete días, etc.-

En resumen, como ya se ha explicado, en los Estados Unidos de Norte America, practicamente la reglamentación de accidentes del trabajo no esta dada por una ley nacional sino que cada estado dicta la local, pero existiendo en todos ellos los seguros por accidentes del trabajo, que indudablemente benefician a los empleadores al despreocuparse totalmente de los accidentes que puedan sufrir sus obreros en las tareas que le son propias.-

Hecho el bosquejo sinóptico de las legislaciones de los principales países del mundo, queda aun por ver la obra cumplida por una institución de caracter mundial, que a traves de los proyectos de convenciones y recomendaciones enviados por los repre-

sentantes de todo el mundo, trata siempre en lo posible de legislar en forma universal, pero siempre teniendo en cuenta las peculiares características de los países que la componen en su Consejo.-

Este organismo mundial es la Organización Internacional del Trabajo.-

La necesidad de dar fijeza y una continuidad a la acción internacional en lo referente a los accidentes del trabajo, y las enfermedades profesionales, al igual que en las demás materias laborales, no tuvo una efectividad lograda hasta el intento llevado a cabo mediante la Sociedad de las Naciones, de buscar un organismo permanente para el debido encuadre total de la vida mundial en materia de accidentes.-

A tal fin se creó la Oficina Internacional del Trabajo que actúa en un doble sentido:

- a) Ordenando y preparando datos, mediante el Bureau International du Travail que funciona como un Secretariado General y
- b) Redactando convenios y recomendaciones en las reuniones anuales de la Conferencia Internacional.-

Como queda dicho, esta Conferencia se reúne anualmente, pero en lo que se relaciona con materia laboral, dentro del tema que

se está tratando solo han interesado algunas de estas Conferencias, de las cuales puede resumirse lo siguiente:

REUNION DE 1919:

Se aprobó un convenio sobre el empleo de la mujer antes y después de parto.-

Ademas recomendaciones referentes a:

Prevención del carbunclo; protección de las mujeres y los niños contra el saturnismo; creación de un servicio de higiene y sobre la prohibición del empleo del fósforo blanco.-

REUNION DE 1921:

Se aprobaron convenios referentes a la indemnización en los accidentes del trabajo en la agricultura; al empleo de la cerusa en la pintura y al examen médico obligatorio de los niños y de los jóvenes empleados a bordo de los buques. Asimismo se aprobó una recomendación sobre la protección antes y después del parto de las mujeres empleadas en la agricultura.-

REUNION DE 1925:

Se aprueban tres convenios de indudable importancia como ser: reparación de los accidentes del trabajo; reparación de las enfermedades profesionales y sobre igualdad de trato a los trabajadores extranjeros y nacionales en materia de re-

paraciones de los accidentes del trabajo.-

Las recomendaciones aprobadas no fueron de menor importancia: importe mínimo en las indemnizaciones por accidentes del trabajo; jurisdicción competente para la resolución de los conflictos relativos a la reparación de los accidentes del trabajo; reparación de las enfermedades profesionales e igualdad de trato a los trabajadores nacionales y extranjeros en materia de accidentes.-

REUNION DE 1929:

Se aprobaron dos convenios relativos a la indicación del peso de los grandes bultos transportados por barcos y protección contra accidentes de trabajo ocupados en la carga y descarga de buques.-

Las recomendaciones tuvieron por objeto lo siguiente:

- a) Prevención de los accidentes del trabajo;
- b) Reciprocidad en materia de protección de los trabajadores ocupados en la carga y descarga de los buques;
- c) Responsabilidad relativa a los dispositivos de seguridad en las máquinas accionadas por fuerza mecánica y
- d) Consultas de las organizaciones profesionales para establecer reglamentos sobre la segu-

riedad de los trabajadores ocupados en la carga y descarga de buques.-

REUNION DE 1934:

Queda aprobado un convenio sobre enfermedades profesionales.-

REUNION DE 1935:

Se aprobó un convenio sobre el trabajo subterráneo de las mujeres.-

REUNION DE 1936:

Se estableció un convenio sobre las obligaciones de los navieros en caso de enfermedades o de accidentes a la gente del mar.-

REUNION DE 1937:

Fueron objeto de oportuno convenio, las medidas de seguridad a adoptar en la edificación.-

Producido en este año el conflicto mundial no se sucedieron las Conferencias de la Organización Internacional del Trabajo, pero quedó establecido en todas las naciones miembros, que se iba a estudiar la promulgación de leyes que implantase el seguro social contra el riesgo de accidentes del trabajo y de enfermedades profesionales y la organización sistemática de su prevención.-

Descripto en forma más o menos somera las legislaciones de los principales países del mundo y de la Oficina Internacional del Trabajo en lo que respecta a las reglamentaciones de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, debemos hacer también un estudio más profundo de la legislación de nuestro país en lo que respecta a la prevención por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.-

Debido a la función determinante del presente trabajo de estudiar el seguro de accidentes del trabajo, no podría entrarse directamente en materia, sin haber antes reseñado en forma sintética la ley argentina de accidentes del trabajo.-

Se dice en forma sintética, debido a que, para estudiar con detenimiento toda nuestra ley se extendería en un sinnúmero de consideraciones que no tendrían vinculación alguna con el presente tema, debido a la desvinculación total que tendrían muchas partes y resoluciones de la ley con lo que se trata de explicar en ca. ítulos posteriores.-

De ahí, entonces, que se trate de dar una idea superficial que legislación rige hoy en el país y luego las vinculaciones directas con el tema del presente trabajo o sea el seguro colectivo de accidentes de trabajo.-

Rige en nuestro país la ley n° 9.688 del 11 de Octubre de 1915, cuyos preceptos fueron reglamentariamente desenvueltos mediante el decreto del 14 de Enero de 1916.-

Durante el largo período de su validez, ha sido objeto de varios complementos o modificaciones, mereciendo destacarse, especialmente los siguientes:

- a) Decreto del 29 de Setiembre de 1917 extendiendo la ley a la industria aeronautica;
- b) La ley 12631 que establece reglas para la determinación del salario básico con arreglo al cual han de satisfacerse las indemnizaciones;
- c) La ley n° 12.647 en la cual se especifica que la indemnización acordada por la ley n° 9.688 no excluye ni suspende ninguno de los beneficios establecidos en las leyes de jubilaciones, pensiones y subsidios;
- d) La ley n° 12.921, ley ómnibus, por la cual se especifica que si el operario no hubiese trabajado durante todos los días hábiles del año anterior al accidente, se calculará el salario diario dividiendo la ganancia del obrero percibida en todo el tiempo que trabajó en dicho año, por el número de días de trabajo efectivo

realizados por la víctima;

- e) La ley 13.639 la cual incluye en su artículo 2° de la ley n° 9.688 los obreros y empleados de las industrias forestales, agrícolas, ganaderas y pesquera, comprendiendo a obreros y empleados mayores de doce años de edad, cualquiera sea la naturaleza del trabajo. Quedan también comprendidos los domésticos que no estén exclusivamente al servicio patronal en carácter de personal.-

Exceptúanse los miembros de la familia del patrón, ascendientes, descendientes y cónyuge; los que realicen trabajos ocasionales, amistosos o de buena vecindad y finalmente

- f) Decreto n° 5.005/56 en la cual se modifican las indemnizaciones topes establecidas por el artículo 8° de la ley n° 9.688 en lo que respecta a muerte e incapacidad permanente parcial o total que queda fijada en la suma de mñn 30.000,00 y de mñn 800,00 por gastos de entierro, indemnizaciones que entran en vigor a partir del 25 de Octubre de 1955 y no es aplicable a los accidentes ocurridos con anterioridad a esa fecha.

Estas son las diversas modificaciones que ha sufrido la ley originaria n° 9.688 que protege los

accidentes y que con respecto a las enfermedades profesionales sigue un criterio enumerador de cuales son aquellas que caen bajo el ámbito de la ley manteniendo en líneas generales un criterio restrictivo para su reparación.-

Comprende a obreros, empleados y aprendices, excluyendo expresamente según se ha dicho al servicio doméstico.-

Como tipo de incapacidad se establece además de la muerte del obrero, la temporal y la permanente absoluta o parcial.-

La indemnización se satisface en forma de capital y en caso de muerte alcanza a mil salarios hasta un máximo de m\$ 30.000,00.-

En caso de incapacidad absoluta y permanente para el trabajo, corresponderá a la víctima una indemnización igual que para el caso de muerte.

En caso de incapacidad parcial y permanente la indemnización será igual a mil veces la reducción que haya sufrido el salario de la víctima a consecuencia del accidente.-

La incapacidad temporal producida por el accidente de trabajo, determinará una indemnización igual a la mitad de su salario medio diario desde el día del accidente hasta el día en que la víctima se halle en condiciones de volver al trabajo, cal-

culándose aquel por lo ganado durante los doce últimos meses.-

Todas ellas llevan anexas la asistencia médico farmacéutica.-

Deberá agregarse, que más adelante se estudiará con mayor detenimiento, que se proyecta una modificación a la ley n° 9.688, en lo que respecta al tope máximo indemnizatorio, donde se proyecta elevarlo a la suma de mⁿ 80.000,00 debido al incesante aumento de salarios en estos últimos tiempos de inflación.-

Además, también tiende a elevarse los gastos de entierro, como así también el pago del salario del día del accidente cuando se deba abonar la indemnización, esto solo en lo relativo a las indemnizaciones que producen los accidentes e forma temporal.-

Este es el esbozo a grandes rasgos de nuestra ley de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, que se profundizará su estudio en lo atinente a este trabajo, a medida que se vayan tratando todas las disposiciones del seguro colectivo de accidentes del trabajo.-

EL SEGURO COLECTIVO

ACCIDENTES DEL TRABAJO

INTRODUCCION Y CONDICIONES

GENERALES

Toda persona que se dedica a un negocio, ya sea industrial o comercial o de cualquier otra índole, está expuesto a ciertos riesgos que pueden comprometer su capital invertido.-

Tenemos un ejemplo en aquella persona que tiene una gran industria, fábrica o sociedad, y que sus empleados y obreros, sobre todo éstos últimos, se encuentran expuestos a grandes riesgos de los más diversos.-

En el supuesto caso que alguno de estos empleados u obreros, se accidentase, le reportaría para cumplir con la ley respectiva una erogación seria de capital.-

Si ese temor de pérdida queda anulado, el industrial o comerciante entonces se libra de una amenaza y puede evolucionar con más tranquilidad y con más libertad de pensamiento moral y materialmente.-

El riesgo de accidentes a personal empleado en algun negocio es uno de los tantos que puede ofrecerse a diario a cualquier persona o sociedad que se dedique a desarrollar cualquier clase de actividad.-

Pero de todos los riesgos existentes, hay uno que atañe a la humanidad entera, y que es por su consecuencias mucho más serio que cualquiera otra que pudiera existir.-

Es el riesgo de la muerte.-

El individuo que sostiene a su familia sabe que si muere, esa familia puede estar expuesta a sufrir necesidades.-

Esto produce un temor que necesariamente ejerce influencia sobre su comportamiento.- De ahí la importancia del seguro que comprenda esta situación, y entre las distintas clases de seguros para prevenir esta eventualidad, se incluye el de accidentes del trabajo.-

Aquel comerciante o industrial que no desea valerse del seguro para las eventualidades que la vida cotidiana le puede ofrecer, busca su método propio para solventar esas eventualidades, exponiéndose quizás a riesgos superiores y preocupaciones mayores de las que se pudiera evitar en la concertación de un seguro.-

Uno de estos métodos, y quizás el más usualmente utilizado, puede ser el de formar reservas facultativas

con el fin de afrontar una pérdida en el caso que ocurra.-

Pero, el formar estas reservas trae aparejado también una serie de inconvenientes que pueden sintetizarse de la siguiente manera:

- a) La reserva podría no llegar a acumularse antes de que ocurriera el siniestro;
- b) El siniestro podría no ocurrir;
- c) Si la reserva se acumulara, la cantidad distraída podría entorpecer seriamente las actividades financieras del comerciante o industrial.-

Para afrontar esta situación, se han formado organizaciones que celebran contratos con individuos, a fin de garantizarles contra las pérdidas a cambio de una remuneración específica en dinero.-

Estas organizaciones se llaman Compañías de Seguros.-

En efecto, de todo lo mencionado en el capítulo anterior y de los párrafos precedentes se deduce que la práctica mercantil, iniciada primeramente por un procedimiento mutualista y más

tarde desarrollada bajo la forma de Compañías de Seguros o Compañías aseguradoras, extendió de hecho y jurídicamente la posibilidad de buscar entidades que quedasen subrogadas en determinadas responsabilidades que incumbían directamente afectados por ellas, naciendo así en el campo privado la institución contractual del seguro con sus fundamentales caracteres de bilateral, consensual y aleatorio.-

Extendido la responsabilidad del empresario a los accidentes sufridos por los trabajadores en el desempeño de su labor, cualquiera fuera ésta, nada se oponía a que esta actividad del Derecho del Trabajo fuese incluida en el ámbito de aplicación de la institución del seguro.-

Al contrario, existían razones para que el Estado, aun dentro de una postura liberal y ajena por completo, viese con beneplácito el desarrollo del seguro privado en materia de accidentes.-

De parte del trabajador se obtenía un evidente beneficio con ello, en cuanto quedaba con-

siderablemente reforzada la seguridad en la efectividad de la reparación debida, dado que siempre era mayor la solvencia de la entidad aseguradora que la de la industria en la que trabajaba, máxime en el caso en que se trate de explotaciones modestas y de accidentes de graves consecuencias personales y económicas.-

Análogo refuerzo se produce considerando el problema desde el punto de vista del empresario, ya que este puede dar cumplimiento a su deber social y a su responsabilidad pecuniaria, no solamente con una mayor comodidad y con menor influencia para su economía, sino evitando situaciones en que por la desproporción entre las consecuencias graves de determinados accidentes y la modestia de los medios industriales en que ocurriesen pudiera acarrear para la explotación su ruina o, por lo menos, un grave quebranto económico y financiero.-

En este interés coincidente de trabajadores y empresarios, que no puede tener inconvenientes el Estado que se mantiene alejado a estos contratos, encuentra su base más firme el contrato

el seguro de accidentes del trabajo, aunque como no interviene para nada precisamente el Estado y deja plena libertad para estipular o no el seguro, se debe interesar primordialmente al empresario quien es el único que debe decidir en la contratación o no del seguro de accidentes del trabajo.-

El objeto de los seguros contra accidentes del trabajo es de indemnizar a las personas aseguradas de todos los perjuicios ocasionados por un accidente sobrevenido durante el trabajo habitual, sin excepción de ninguna índole en cuanto a la calidad o condiciones en que se desarrolla ese trabajo.-

Lo que se debe entender por accidente del trabajo ha dado lugar a estudios profundos y diversas aclaraciones.-

La Oficina Imperial de Aseguración de Berlín, considera como accidente del trabajo...

" una acción o un hecho temporal determinado "
" que provocando trastornos físicos, altera "
" la salud del asegurado y que tiene con el "
" trabajo relaciones de lugar, de tiempo y "

" de causalidad muy íntimas ".-

Para que un accidente sea indemnizado tiene que haber sido involuntario y sucedido por consecuencia del trabajo, al cual le une una causalidad evidente.-

Las enfermedades profesionales desarrolladas lenta y paulatinamente no son consideradas como accidentes del trabajo y son patrimonio de los seguros contra enfermedades, que difieren de hecho en un todo con los de accidentes.-

El regimen legal del seguro, está implantado en nuestro Código de Comercio según lo establece en el Capítulo I° del título IV° cuando en el artículo 492 del citado código se define lo que es un seguro o sea un "...contrato " por el cual una de las partes se obliga, mediante cierta prima, a indemnizar a la otra " de una pérdida o de un daño o de la privación" de un lucro esperado que podría sufrir por un " acontecimiento incierto...".-

En los artículos sucesivos el código va reglamentando todas las disposiciones del seguro

en lo que se refiere al objeto, clase de seguro, cláusulas entre asegurador y asegurado, etc.-

Hasta el artículo n° 528 el Código de Comercio legisla de los seguros en general para reglamentar luego las diferentes especies de los seguros terrestres.-

Sin embargo es importante destacar que las disposiciones del Código en cuanto no sean imperativas o prohibitivas son susceptibles de modificarse por convención entre las partes, de donde surge que la compañía y el asegurado se someten a las estipulaciones de las pólizas (condiciones generales y particulares) como a la ley misma, aplicándose el Código de Comercio solo en aquellas materias y puntos que no estén previstos y resueltos por el contrato.-

Además de los tipos de seguros regulados por el Código de Comercio, se encuentra también legalmente previsto el seguro contra accidentes del trabajo en pocas disposiciones de la ley n° 9.688.-

Ello no obstante, y por efectos de la sanción de aquella ley, este seguro, voluntariamente practicado en nuestro país desde mucho tiempo

antes, ha cambiado fundamentalmente su aspecto jurídico y técnico.-

Tal como se inició entre nosotros, el seguro contra accidentes del trabajo, podría ser clasificado entre los personales, o sea de los que cubren el riesgo de vida y de integridad física, limitados en el espacio y en el tiempo por el lugar en que el obrero o empleado desempeñara sus tareas, y por el momento en que ocurriera el hecho eventual que constituía el riesgo o sea con motivo y en ocasión del trabajo.-

Existía así un contratante o estipulante que era el patrón, quien tomaba el seguro y abonaba la prima; un asegurado que era el obrero o empleado mientras formase parte del personal ocupado en la industria o el comercio del patrón, y un beneficiario que era el obrero mismo, en caso de lesiones que no llegaran a ocasionar su fallecimiento, o las personas de la familia del obrero designadas en las condiciones generales de la póliza.-

Todo esto era independiente de cualquier vinculación jurídica entre el patrón y obrero o empleado emergente del contrato de empleo o de los hechos que con motivo del mismo pudieran o-

currir, dando lugar a las acciones de responsabilidad regidas por el Código Civil o por el Código de Comercio segun fuere el caso en discusión.-

Esta situación del seguro contra accidentes del trabajo, puesto en práctica por las compañías aseguradoras y voluntariamente contratado por los patrones, fué preparatoria de la sanción de la ley n° 9.688; pero con ella el seguro previsto en dicha ley dejó de pertenecer al grupo de los seguros individuales para pasar a formar parte del grupo de los seguros patrimoniales y, dentro de éstos, a la especie de los seguros de responsabilidad.-

Todo esto fué consecuencia por que los riesgos que el asegurador toma a su cargo no son ya los que pueden resultar de un contrato libremente pactado entre aquel y el patrón, sino los que resultan de las obligaciones que la ley n° 9.688 impone al seguro, o sea al patrón de cualquier clase de industria o comercio que concierte un seguro de accidentes del trabajo para el personal empleado a sus órdenes.-

Aunque bajo su aspecto externo, el seguro

conserva, luego de sancionada la citada ley la misma fisonomía y analoga estructura, sus condiciones jurídicas y los elementos básicos de su realización se modificaron substancialmente y hasta puede afirmarse que este tipo de seguro quedó subdividido en dos especies diversas:

- a) el seguro facultativo o substitutivo de las obligaciones de la ley n° 9.688 en su artículo 7° y
- b) el seguro libre que la ley no prohíbe y que podría concertarse en las mismas condiciones en que se lo practicaba hasta el momento de la sanción de aquella ley.-

No advertida esta alteración por los aseguradores, el seguro de accidentes de trabajo, se ha desvirtuado en su técnica y en su función social.-

La malicia y la ignorancia de los obreros y traficantes del siniestro, la incomprensión de los aseguradores y la imperfecta consideración de los elementos de juicio en los fallos de los tribunales, han impedido que la ley n° 9.688 tuviera los frutos que a pesar de sus

deficiencias habría podido reunir y rendir, bajo el punto de vista económico y social.

Las imperfecciones de la ley, que es además incompleta, no son las únicas causas de la situación actual, y los proyectos de reformas a la misma no tendrán la debida eficacia mientras no sea seguida de una reducción de los tres factores que en este seguro intervienen: patronos, aseguradores y obreros; pero sobre todo esto un criterio más exacto de los fallos de la justicia.-

Volviendo nuevamente al punto de partida de la sanción de la ley de accidentes del trabajo, esta sanción altera fundamentalmente las condiciones técnicas y jurídicas del seguro de accidentes del trabajo.-

Las empresas solo vieron en la sanción de la nueva ley la perspectiva de mayor cantidad de contratos mayores y mayores sumas ingresadas en concepto de primas, antes las responsabilidades concretamente declaradas a cargo de patronos, que se apresurarían a cubrirlas mediante el seguro, y recibiere con aplauso el nuevo regimen legal como si este fuera el complemento decisivo de la

paciente y larga tarea de difundir la práctica del seguro.-

En el afán de conseguir nuevos contratos muy poco o nada se preocuparon los aseguradores de comprobar mediante el cálculo matemático lo que a simple vista era evidente, o sea que el valor negativo que el riesgo adquiriría por el efecto de las nuevas disposiciones legales no quedaba compensado por el mayor número de contratos y mayor aporte de las primas, y así se ha podido comprobar que el ramo contra accidentes del trabajo, cuya explotación se cubría sin pérdidas hasta la sanción de la ley n° 9.688, desvió en proporción alarmante la curva de las pérdidas obligando a las compañías a sucesivos aumentos de las tarifas, que no fueron suficientes para compensar aquellas pérdidas.-

Se ha podido observar también que a pesar de haber mejorado notablemente las condiciones del trabajo industrial, por la adopción de medidas reglamentarias dictadas para prevenir accidentes, ha aumentado la cifra absoluta de las indemnizaciones y la cifra relativa en pro-

porción a los jornales.-

Esto se debe a que se ha prescindido de la función social del seguro y procurar una solución equivocada de la atención médica subsiguiente al siniestro que los aseguradores tienen también a su cargo.-

Bajo otro punto de vista, si bien la ley mantiene el máximo de mⁿ. 30.000,00 para la indemnización en caso de muerte, en su aplicación por los fallos de los tribunales, esa suma solo rige para los casos de muerte e incapacidad total, en cuanto que las inhabilitaciones de carácter permanente de carácter parcial, se calculan sobre la base de mil jornales efectivos, cifra básica que puede llegar a ser muy superior, para el caso de una incapacidad del setenta por ciento de inhabilitación total por ejemplo, a la indemnización por muerte.-

Por su parte, algunos patronos, dándose cuenta de la erogación excesiva que para ellos significa la contratación de este seguro

contra accidentes del trabajo, sobre todo después de los sucesivos aumentos de tarifas, han resultado también prescindir de los aseguradores y organizar su propia responsabilidad mediante la selección de obreros y la debida asistencia médica de las víctimas, con elementos y personal técnico propio; y han podido comprobar que si el número de obreros empleados en sus industrias responde a la debida dispersión y compensación de riesgos, significa para ellos un costo que a veces llega a la mitad de la prima que anteriormente pagaban a los asegurados al emitirse la póliza.-

El seguro de accidentes del trabajo, especifica claramente que la compañía subroga al asegurado en su totalidad de acuerdo con la ley n° 9.688 sus reformas y sus respectivos decretos reglamentarios en las obligaciones del pago de las indemnizaciones y prestación de asistencia médica y farmacéutica.-

En aquellas materias y puntos no previstos ni resueltos por la póliza, se aplican las dis-

posiciones del Código de Comercio o en su defecto las del Código Civil.-

Para poder ejercer las compañías de seguros su actividad dentro del seguro de accidentes del trabajo, la propia ley de accidentes n° 9.688 legisla expresamente, los requisitos y condiciones que deben reunir las compañías de seguros para poder subrogar al asegurado en todo lo referente con la ley citada.-

Textualmente expresa la ley:

Artículo 20: " Las compañías de seguros contra
" accidentes o asociaciones patronales que pre
" tenden subrogar a los empresarios en las obli-
" gaciones que para ellos emanan de la presente
" ley, deberán estar autorizadas al efecto por
" el Poder Ejecutivo de la Nación o de las Pro-
" vincias y constituidas de conformidad a las
" siguientes bases:
" a) Hacer un depósito de cincuenta mil pesos
" moneda nacional en el Banco de la Nación
" en títulos de la deuda pública. el que no
" podrá ser retirado mientras existan en el
" país seguros a cargo de la Compañía;
" b) Establecer la obligación de verificar las
" indemnizaciones, de conformidad a las pres-

cripciones de esta ley, fijando la escala de primas bajo su base;

- " c) Constituir las reservas de capitales que en atención al monto de los seguros realizados fijen los reglamentos decretados por el Poder Ejecutivo;
- " d) Exclusión de toda cláusula de caducidad respecto de la víctima o sus derechohabientes;
- " e) La separación completa de las operaciones relativas al seguro obrero con relación a las de otro género que tenga a su cargo la empresa.-"

Artículo 21°:

En caso de falencia de la compañía o asociación patronal en que se hubieran constituido seguros obreros; o del patrón que debiera una indemnización, los fondos destinados a su pago no entrarán en la masa común y volverán respectivamente al empresario que contrajo el seguro en el estado en que se hallaban en el momento de la falencia, o pasarán al Instituto Nacional de Previsión

Social, Sección Caja de Accidentes del Trabajo - Ley n° 9.688, para la constitución de la renta.-

Estas son las dos únicas disposiciones que tanto la ley de accidentes del trabajo como el decreto reglamentario, disponen para poder actuar como compañía aseguradora en el ramo de accidentes del trabajo.-

Todos los demás cumplimientos, la compañía de seguros actúa como el patrón y se halla sujeta al texto íntegro de la ley, ya que, como veremos más adelante, subroga en la totalidad al asegurado, o sea en este caso la persona o entidad que tendría que cumplir con los preceptos de la ley.-

PERSONAL ASEGURADO:

El personal asegurado deberá figurar en los libros de sueldos y jornales que la compañía le ofrece para incluir en él a todas las personas que están a su cargo o a sus órdenes.

Además de los obreros y empleados que trabajan a destajo deben incluirse los que también trabajan por tareas determinadas y que se les paga en determinadas ocasiones, ya que, en caso de accidentes esas personas van a ser incluidas como si efectivamente estuvieran a las órdenes del empleador no obstante no pertenecer a él.-

Consecuencia de ello, es que la compañía entrega los libros en el cual deben inscribirse todas las personas que trabajen, ya que quizás no tenga ninguna vinculación con el libro de Sueldos y Jornales que establece específicamente la ley n° 11.729 o Ley de Despedido que debe llevarse obligatoriamente y además ser rubricado por el Ministerio de Trabajo y Acción Social Directa.-

El caso más concreto y muy en boga en la actualidad por razones económicas, es de aquella persona que ha obtenido la jubilación del trabajo de su vida e ingresa a trabajar en una industria o empresa en la cual indudablemente

no puede figurar como empleado u obrero efectivo, ya que entraría fuera de las disposiciones legales, esta persona no obstante debe ser incluida en la solicitud de seguro colectivo de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales para el personal de empresas e industrias en general, ya que, dicha solicitud, solicita expresamente la lista completa del personal ocupado por el asegurado, para que, llegado el momento del accidente y recibida la denuncia por parte de la compañía de seguros, se sepa efectivamente si dicho accidentado está comprendido en los beneficios de la póliza de accidentes del trabajo.-

Cabe hacer constar, que en la práctica esta disposición prácticamente no se cumple, ya sea por negligencia del corredor del seguro como provecho propio del asegurado según lo dicho anteriormente.-

Además, la no inclusión en la propuesta de la lista de todo el personal, es indudablemente beneficioso para el asegurado, al poder incluir de esa manera a cualquier persona, o hasta llegado

m el caso, en el supuesto de poseer o ser dueño de dos establecimientos, incluir del otro que no tiene seguro como perteneciente al que si lo tiene, pero que la compañía no puede adivinar por facer de la lista del personal.-

Como este, hay infinidad de casos en los cuales el asegurado puede sacar beneficio ilícito de la póliza de accidentes.-

Asi mismo, las condiciones generales de las pólizas, establecen que mensualmente el asegurado debe enviar á la compañía una lista completa con el personal que ha trabajado durante ese mes, día por día y con el sueldo o la cantidad cobrada en dicho mes, a los efectos de que la compañía pueda observar si los sueldos o salarios declarados provisoriamente por el asegurado se ajustan a la verdad y a lo normal o lógico, o si el cálculo preventivo efectuado ha de ser insuficiente.-

En el caso de ser insuficientes los salarios provisorios declarados a la emisión de la póliza, ocasiona al asegurado el inconveniente que al vencimiento de la póliza va a tener que abonar los

adicionales de la póliza vencida, más la prima de renovación de la nueva poliza, ocasionándole de hecho una erogación que indudablemente no tenía prevista y que puede acarrearle algún trastorno desde el punto de vista económico y financiero.-

En la actualidad, estos salarios provisorios declarados a la emisión de la póliza, pueden haberse calculado con exactitud y buena fé, pero con los incesantes aumentos de ellos ya sea por convenios, leyes o decretos, forzosamente a su vencimiento son muchos mayores que los calculados, conveniendo de hecho hacer una ampliación apenas se vea que han sido cubiertos aquellos salarios provisorios.-

Queda convenido, se establece además, que el asegurado se compromete a facilitar a los inspectores de la compañía y o a los de la Superintendencia de la Nación, el acceso al libro de Sueldos y Jornales y demás registros contables y documentación pertinente a fin de que ellos puedan verificar los sueldos o los jornales efectivamente pagados por el asegurado y

la categoría de los riesgos asegurados.-

En caso de que no se permitiere u obstaculizare las comprobaciones de la compañía, ésta podrá rescindir la póliza.-

Indudablemente que esta es una cláusula más bien aleatoria, desde el momento que los inconvenientes para su aplicación deben verse desde el punto de vista del asegurado como el de la compañía.-

En lo que respecta a esta última, ya de supo que si el aumento económico y financiero de la póliza ha sido bueno, como sería por ejemplo que no hubiere ocurrido ningún siniestro durante la vigencia de la póliza, la compañía al tener inconvenientes de obtener los jornales o sueldos del asegurado, haría la excepción de no compulsar los libros y documentación pertinente, debido a la posible incomodidad o enemistad con el asegurado y el poder perder el negocio para el año siguiente, o sea perder la renovación, ya que el asegurado puede llevarlo a otra compañía de la competencia y solucionar inmediatamente su problema.-

Supongase ahora que la póliza ha dado un

mal resultado, como podrí ser de que debido a la cantidad de siniestros ocurridos durante el lapso de vigencia de la póliza, hayan éstos, por las indemnizaciones pagadas y por la asistencia médica y farmacéutica abonada, alcanzando a igualar o superar lo, pagado por el asegurado en concepto de sueldos y jornales en el año, para poder efectuar un adicional y poder compensar quizá en parte el déficit o pérdida que esta póliza le ha ocasionado.-

Pero, negándose el asegurado a la exhibición de libros, que solución tiene la compañía ?

Dicen expresamente las cláusulas generales que la compañía puede rescindir el contrato.-

De todo lo expuesto precedentemente, se deduce que no es esa la solución que a la compañía le conviene para remediar el incumplimiento del asegurado.-

Si la póliza, cualquiera sea el periodo de vigencia está dando malos resultados, no se beneficia la compañía con rescindir el contrato, pues es indudable que se perjudica al perder el cliente

y no conseguir el efectivo cobro que por ley tendría derecho a cobrar.-

Además, esto se extiende también a cuando concurre un inspector de la Superintendencia de Seguros de la Nación y no son exhibidos los libros, debe la compañía de seguros rescindir el contrato.-

De todo lo expuesto, surge claramente la falla de la ley, al no permitir bajo la imposición de penalidades, que el asegurado cumpla con las disposiciones que él ha firmado a la emisión de la póliza.-

Pero lo más interesante, es que, siendo culpable la otra parte, la compañía de seguros no tiene ninguna fuerza legal como para poder iniciar los trámites respectivos de su justo derecho.-

No obstante, mediante intimidación judicial, puede la compañía obtener los datos que le son necesarios y que tiene derecho a obtener, pero que siempre están sujetos a los problemas económicos y financieros por parte de la compañía, ya enunciados anteriormente.-

Se determina, así, entonces, que el contrato de seguros de accidentes del trabajo, se basa en

los salarios y sueldos efectivamente pagados por el asegurado durante el período de vigencia de la póliza.-

Sin embargo, se hace la salvedad, que tratándose de aprendices, el cómputo deberá hacerse tomando como base el salario más bajo ganado por los obreros de la misma industria, tendiendo en lo posible a clasificar la categoría de ese mismo obrero del sueldo más bajo, según lo establecido específicamente en el artículo 11 in fine de la ley n° 9.688.-

Para fijar el importe de los sueldos y jornales pagados, se tendrán en cuenta las remuneraciones satisfechas al personal empleado por el asegurado, ya sea en dinero (sueldo, salario, horas extras, sueldo anual complementario, bonificaciones, etc,etc.) como también ya sea en especie (habitación, comidas, etc.).-

El asegurado no podrá excluir ningún personal que trabaje en su establecimiento, excepto los empleados administrativos que pueden ser asegurados también según las tareas que desempeñen en el trabajo, como ser, los ocupados en las o-

ficinas exclusivamente; los de ocupación alternada en las oficinas o fuera de ellas, y finalmente, el ocupado en la dirección, vigilancia y/o contralor de la industria, pero sin efectuar trabajos de oficina, haciendo la salvedad que se entiende por personal administrativo, el ocupado exclusivamente en trabajos de escritorio y contabilidad pero nunca el ocupado en la venta y vigilancia o en el desempeño de cualquier otra función.-

Debe destacarse, además, las disposiciones del decreto reglamentario de la ley n° 9.688 cuando en su artículo 8° dispone que, todo patrón que ocupe más de cuatro obreros, deberá llevar un registro en el cual conste nombre, domicilio, edad, estado civil, nacionalidad y salario de cada operario.-

El artículo 9° de la mencionada ley, dispone que el libro de sueldos y jornales deberá ser rubricado por el Ministerio de Trabajo y Acción Social, quien certificará todas las hojas y el nombre del o de los dueños.-

Finalmente, el artículo 10° del mismo de-

creto reglamentario, dispono que deberá ser llevado este libro sin borraduras, raspaduras, o enmiendas de ninguna índole y ser exhibido en cualquier momento que se solicite.-

RIESGOS PREVISTOS:

Dentro de las condiciones generales de las pólizas, se establecen cuales son los riesgos previstos en ella y cuales son los riesgos que la compañía no toma a su cargo.-

Dentro de los primeros se incluyen los accidentes del trabajo.-

Se considera accidente del trabajo todo hecho que en la ejecución del trabajo o en ocasión y por consecuencia del mismo, produzca lesiones corporales, mediatas o inmediatas, aparentes o no aparentes, superficiales o profundas.-

Se consideran además accidentes del trabajo los hechos constituidos por fuerza mayor o caso fortuito, inherente al trabajo que produzcan las mismas lesiones.-

Otros, de los accidentes del trabajo, que pudieran ocurrir y que no sean cubiertos por las pólizas, no parecerían que existieran, es decir, que las mayoría de las lesiones producidas por un obrero o empleado, puede ser considerado accidente del trabajo, y por lo tanto, si existe seguro, estar completamente cubierto por éste.-

De los riesgos cubiertos por las pólizas de accidentes del trabajo, tienen gran ingerencia también, las enfermedades profesionales.

Dichas enfermedades profesionales, se encuentran taxativamente enumeradas en los decretos reglamentarios de la ley n° 9.688

Se entiende por enfermedad profesional, solo aquella cuya causa se debe exclusivamente al trabajo de la víctima en la profesión que desempeña, según lo establecen precisamente los acápites del artículo 22° de la ley n° 9.688 al establecer:

" Cuando un obrero se incapacite para trabajar
" o muera a causa de enfermedad contraída en el
" ejercicio de su profesión, tendrá derecho a

- " la indemnización acordada por esta ley,
- " con arreglo a las condiciones siguientes:
- " a) La enfermedad debe ser declarada efecto exclusivo de la clase de trabajo que realizó la víctima durante el año precedente a la inhabilitación;
- " b) No se pagará indemnización si se prueba que el obrero sufría esa enfermedad antes de entrar a la ocupación que ha tenido que abandonar;
- c) La indemnización será exigida del último patrón que empleo al obrero durante el referido año en la ocupación cuya naturaleza generó la enfermedad, a menos que se pruebe que ésta fué contraída al servicio de otros patrones, en cuyo caso éstos serán responsables;
- " d) Si la enfermedad, por su naturaleza, pudo ser contraída gradualmente, los patrones que ocuparon durante el último año a la víctima en la clase de trabajo a que se debió la enfermedad, estarán obligados a resarcir proporcionalmente al último pa-

trono la indemnización pagada por éste, determinándose la proporción por arbitradores, si se suscitare controversia al respecto;

" e) El patrón en cuyo servicio se incapacite por enfermedad un obrero, debe dar parte como si se tratase de un accidente.-

" Las enfermedades profesionales deberán ser taxativamente enumeradas por el Poder Ejecutivo en decretos reglamentarios, previo informe de las oficinas técnicas y la responsabilidad por ellos solo comenzará a los noventa días de su determinación.-

Los riesgos no asegurados por las compañías de seguros, son aquellos que ocurren por infracción a las leyes y reglamentos de trabajo sobre la seguridad e higiene y sobre el trabajo de mujeres y niños.-

Las distintas clases de riesgos que pueden asegurarse mediante la póliza de accidentes del trabajo, se encuentran establecidas en una tarifa con las cotizaciones para dichos seguros, y que surgen de las disposiciones y reglamentos de la Cámara de Aseguradores - Sección Accidentes

del Trabajo, dentro de la cual se han determinado de acuerdo a las estadísticas, los informes de los asesores técnicos y demás características que han debido contemplarse.-

De hecho, que sus cotizaciones y reglas pertinentes son las que corresponden aplicar en los seguros de Accidentes del Trabajo de la República Argentina, para todas las industrias, talleres, comercios, y otras actividades que en ella se especifican.-

La prima a aplicarse, o sea la tasa que el asegurado debe abonar, se hará con relación al estado en que se encuentra el riesgo al cubrirse en el momento que empieza el seguro, en base de las declaraciones hechas en las propuestas.-

Si durante la vigencia de un seguro, se efectuaren modificaciones que alteraren el riesgo cubierto, deber rectificarse la prima sobre los salarios a pagarse por el tiempo a transcurrir, de acuerdo a las nuevas condiciones del riesgo.-

Es incuestionable que una enumeración taxativa puede no incluir ciertos riesgos que con el transcurso del tiempo pueden surgir.-

En estos casos, que no están especialmente previstos, cuando en un riesgo existan otros riesgos accesorios, el premio básico no varía, aunque los riesgos accesorios estén independientemente cotizados en la Tarifa, siempre que ellos sirvan exclusivamente al riesgo principal y de él dependan y mientras su importe en salarios no exceda de un veinte y cinco por ciento de los del riesgo principal.-

No riegaeste principio para aquellos riesgos con condiciones particulares expresas, como por ejemplo: alcohol, bizcochos, conservas alimenticias, u otros que se consignent.-

Tampoco deberán considerarse como riesgos accesorios las diferencias y modalidades del mismo riesgo que se hallen cotizados con mayor prima, como ser: trabajos en taller, o fuera de él, fuerza motriz, reparto, etc.-

Cuando en un mismo recinto existan varios riesgos que no sean accesorios el uno del otro y pertenezcan al mismo dueño, deberá solicitarse, a la Cámara de Accidentes del Trabajo, co-

tización especial.-

Como se ha dicho anteriormente, puede ser que algún riesgo no esté cotizado en la Tarifa.-

La determinación de las cotizaciones en estos casos, se efectuará conforme a las normas establecidas por la Superintendencia de Seguros de la Nación.-

En cuanto a los riesgos no previstos, se seguirá el mismo procedimiento en cuanto a los no cotizados.-

Cuando un riesgo se halla especialmente cotizado, debe entenderse que es para todo el personal obrero del establecimiento, cualquiera que sea la función que realice.-

Como se ha dicho, la aplicación de las primas, se encuentran establecidas en la Tarifa de la Cámara de Accidentes del Trabajo, dentro de las cuales se establecen o clasifican los riesgos por orden alfabético, formando así distintas categorías en forma de porcentaje, es decir, que los clasificados con la categoría A son de menor riesgo que los de la letra B y así sucesivamente hasta llegar a la letra Z.-

Luego se establecen secciones según los montos de salarios a asegurar, como ser hasta mⁿ 10.000.- que es lo menor, entre mⁿ 10.000 y 20.000.- entre 20.001 y 30.000.- y así sucesivamente.-

Es decir, que en base a los salarios provisorios declarados por el asegurado, existen las cotizaciones correspondientes a las categorías de las tarifas primas por mil para los seguros de accidentes.-

Para dar un ejemplo concreto sobre la aplicación de la tarifa, se puede tomar el personal administrativo que trabaja en los escritorios de una empresa o fábrica; debido a la poca posibilidad de accidentes se encuentran incluidos dentro de la categoría letra A; mientras que los que se dedican a la carga, descarga y estibaje de carbón, piedras, minerales, maquinarias, vehículos y maderas están comprendidos dentro de la letra "Z".-

Suponiendo dos empresas con una declaración de salarios provisorios de mⁿ 500.000.- para la primera correspondería una tasa del 4,80 por mil mientras que para la segunda sería del 134,05 por

mil de M\$N 500.000,00.-

Como se puede apreciar en este ejemplo concreto, cuanto mayor peligro tiene el riesgo, más alta es la tarifa a aplicar, y más es lo que se cubre la compañía de seguros contra la cantidad de siniestros probables.-

PREMIO DE LA PÓLIZA:

El premio sobre una póliza de accidentes del trabajo, se calculará al término de la misma, y se calcula sobre el importe total de los sueldos y jornales que abone el asegurado durante la vigencia de la póliza.-

En consecuencia, el premio queda sujeto a dos liquidaciones: la provisoria y la definitiva.-

La provisoria se calculará sobre los sueldos y jornales que se presume abonar, tomando como base para ello el promedio mensual resultante de los sueldos y jornales abonados dentro de los doce meses inmediatos anteriores a la fecha de la presentación de

la solicitud respectiva, a la Compañía.-

La definitiva, es la que resulta al término de la póliza, cuando se conocen los resultados definitivos y la cantidad efectivamente pagada por todo concepto por parte del asegurado, quien debe enviar mensualmente la planilla de sueldos y jornales a la compañía, quien en base al resumen de esas planillas realiza la liquidación definitiva, que puede ser un adicional a pagar por el asegurado por excederse de los salarios provisorios declarados a la iniciación de la póliza, o una devolución de parte de la compañía, del excedente de jornales declarados y que no se han alcanzado a cubrir.-

En párrafos anteriores se ha mencionado los inconvenientes que tiene la compañía de seguros para poder realizar esas liquidaciones.-

Suponiendo el caso de que se llega al vencimiento de una póliza y el asegurado no ha enviado durante la vigencia de la misma ninguna planilla debido a que la compañía le ha permitido tomar la facultad de poder hacerlas todas al vencimiento, sin necesidad de que se enviaran mes por mes sino todas resumidas al vencimiento.-

Ahora bien. llega el vencimiento, y el asegurado no envía sus planillas, la compañía envía su inspector a inspeccionar los libros y el asegurado se niega a su exhibición; que fuerza legal tiene la compañía de seguros ante la negativa del asegurado de exhibir sus pruebas para el cumplimiento del contrato firmado a la emisión de la póliza ?

No queda otra solución que solicitar la exhibición de los libros mediante la intimación judicial.- Es decir, la autoridad competente, debe conceder la orden a la compañía de seguros para que por medio de un perito contador nombrado por la propia justicia pueda lograr lo que le corresponde.-

Queda pendiente aun otro interrogante: las costas, costos y gastos de ese juicio, a cargo de quien deben ser?

Se suponen que a cargo de la demandada, por el hecho de que perdería el juicio, pero si la compañía tuviera que hacer algún desembolso como consecuencia de este juicio, se comprendería la molestia, pérdida de tiempo, y material, que ocasiona la negligencia del asegurado, que más que negligencia el incumplimiento del contrato.-

Otros de los requisitos de la liquidación definitiva, ya sea como adicional como de devolución, es que se debe aplicar la tasa básica, entendiéndose por tal la establecida en la Tarifa, en la columna correspondiente a la suma de salarios provisorios por la que se realiza el seguro.-

Como corolario, puede decirse que el premio de una póliza, es la suma de la prima pagada según lo que establece la tarifa, más la suma por asistencia médica, la prima de asistencia farmacéutica, la prima de responsabilidad civil y el recargo por pago fraccionado; todos estos indudablemente en el caso que existieren.

A este premio, que en principio no es definitivo, deben agregarse además los gravámenes establecidos por la Superintendencia de Seguros de la Nación, que recargan en fuerte suma el total a pagar ya que son diversos y numerosos los gravámenes a pagar, como son los establecidos por distintos decretos ya sea el 8312/48 del 4% sobre el premio, más los decretos de impuestos internos 2½%; tasa de la superintendencia ½% ley 14057; ½% ley 13196 del 1% sumando todo esto el 9,13 % del

premio, al que debe agregarse el sellado, fijado por la Dirección General Impositiva según sea la provincia donde se emita la póliza, o mejor dicho, el domicilio del asegurado, más el recargo de emergencia de Julio de 1958 del 10% para aboserbar los aumentos de sueldos por los convenios laborales de las empresas de seguros y bancarios.-

En definitiva, puede decirse que sobre el premio a abonar por el asegurado, debe agregarse más o menos un 21% al 25% de recargos por gravámenes.-

Queda establecido, entonces, que el premio de una póliza de accidentes del trabajo, esta constituida por la prima según lo establece la Tarifa, un porciento en concepto de asistencia médico-farmacéutica; un porciento de responsabilidad civil por accidentes del trabajo, siendo estos dos facultativos, al igual que el recargo por pago fraccionado.-

PAGO FRACCIONADO:

Como su nombre lo indica, el querer abonar la póliza mediante pagos fraccionados el premio, es en el caso de aceptarse el pago por semestres, cuatrimestres o trimestres anticipados, deberá conrarse

por intermedio de la Compañía el 1,50 %; 2% o 3% respectivamente, en concepto de compensación de intereses, sobre la prima anual, quedando establecido que la primera cuota no podrá ser inferior al premio mínimo que según la escala de clasificaciones corresponda al riesgo.-

En consecuencia, a la prima se le suma la asistencia médica-farmacéutica, y responsabilidad civil por accidentes del trabajo, pago fraccionado, éstos tres últimos facultativos según lo estipulado a la emisión de la póliza, que forman realmente lo que se llama premio de la póliza, a la que se deben sumar los gravámenes precedentemente descriptos.-

VIGENCIA DE LAS POLIZAS:

Salvo en el caso de trabajos que se realicen dentro de un período menor de un año, no deben emitirse pólizas con mayor ni menor vigencia que la de un año.-

Tampoco deben emitirse pólizas con anticipación mayor de treinta días a la fecha de iniciación del seguro.-

La compañía toma a su cargo los riesgos que surgen del contrato del seguro, a partir de las

dose horas de la fecha de iniciación de vigencia indicada en la póliza o documento destinado a prorrogarla, no obstante cualquier interpretación en contrario que pudiera surgir de las condiciones que rigen el contrato.-

Es decir, que generalmente se realizan las pólizas de accidentes del trabajo por el término de un año, que rige desde el medio día de la fecha de emisión hasta el medio día de cuando se cumple el año.-

Si dentro de los seis primeros meses de vigencia del seguro el asegurado hubiese pagado a los empleados u obreros cubiertos por la póliza en concepto de sueldos y jornales una suma superior al importe tomado como base para la liquidación provisoria del premio, éste quedará obligado a comunicarle a la Compañía por carta certificada o telegrama colacionado.-

La compañía procederá en estos casos, a ajustar el importe del premio provisoria, tomando como base la nueva cifra que presume los sueldos y jornales a abonar hasta el vencimiento del contrato, y el asegurado se obliga a abonar la diferencia en mas, que de la nueva presunción resultare.-

Al emitirse la póliza, queda de hecho la

conformidad de ambas partes de respetar en un todo las condiciones generales y particulares que en ella figuran.-

Queda dicho, entonces, que la vigencia de las pólizas es generalmente de un año:-

Cuando se realiza, por ejemplo, una obra cuya duración es mayor de un año, debe hacerse la salvedad de que la compañía de seguros contratada el seguro tomando en cuenta el monto total de los jornales a invertirse hasta la terminación de la obra.-

La cotización de la tarifa se aplicará sobre el total de los jornales a invertirse en el total de la obra, por lo que la póliza se emitirá con vigencia desde la iniciación hasta la terminación de los trabajos.-

Se admiten prórrogas, por parte de la compañía, de vigencia en condiciones iguales de contratación siempre que no haya alteración en el riesgo principal.-

RENUNCIA DEL ACCIDENTE:

Las compañías de seguros, entregan a los asegurados al emitirse la póliza, formularios

uniformes debido al decreto de la Superintendencia de Seguros de la Nación n° 130.007 del año 1942, donde el asegurado debe notificar dentro de las 24 horas de tener conocimiento del accidente, la denuncia de éste.-

Este formulario, consiste en un cuestionario que la compañía efectúa en principio al asegurado sobre los datos particulares de dicho asegurado, datos particulares del accidentado, es decir, su nombre y apellido, nombres del padre y la madre, edad, nacionalidad, estado, domicilio, profesión, especialidad, categoría profesional, salario que percibe, etc.etc.-y todas las circunstancias relativas al accidente, como ser, fecha del mismo, hora, lugar circunstancia en que se produjo, tarea que efectuaba en ese momento el accidentado, su tarca habitual, parte del cuerpo lesionada, donde se le prestó asistencia médica, constancia de testigos, etc.etc.-

Es decir, que el establecimiento donde trabaja el accidentado debe proporcionar a la compañía de seguros todos los datos personales y ocasionales del accidente, para que ésta pueda ofrecerle la atención médica ya contratada, y

además resarcirle del jornal completo o medio jornal que el obrero deja de percibir por el accidente.-

La denuncia del accidente debe ser enviada por el asegurado dentro de las veinte y cuatro horas de haber llegado éste a su conocimiento.-

Recibida la denuncia por la compañía de seguros, esta forma el lajago individual de cada accidentado y queda a la espera del certificado médico que debe enviar el médico que ha atendido al accidentado, certificado éste en el que se incluyen también los datos personales del accidentado, la firma patronal, circunstancia, forma y lugar en que se lesionó; descripción particularizada de las lesiones, donde atendió el médico al lesionado, ya sea en el consultorio particular en el domicilio, etc. descripción de las lesiones orgánicas; curación que le ha sido practicada; tratamiento al cual será sometido; y todos demás datos de interés para la curación del accidentado; hasta llegar a la firma del certificado que enviará a la compañía, guardándose para sí un duplicado, para cualquier aclaración que la compañía quisiera formular.-

Además, el médico debe reservarse para sí otro

formulario especial en el cual figura el proceso de curación y el certificado de alta que debe ser también enviado a la compañía, para que ésta liquide la indemnización respectiva de acuerdo a las condiciones generales y particulares de la póliza.-

ASISTENCIA MEDICA-FARMACEUTICA:

Consiste la asistencia medica-farmacéutica en que el obrero lesionado tiene la libre elección del o de los facultativos que han de asistirle como consecuencia del accidente o enfermedad profesional acaecida.-

Es de hacer notar, que el obrero tiene esta elección cuando el asegurado ha pagado en el premio de la póliza la inclusión de la asistencia médica-farmacéutica, que se presta y se cobra de acuerdo a la ubicación del riesgo.-

Consecuencia de esto es que se aplican los siguientes recargos:

Capital Federal y Partidos de Avellaneda y Lanús el 17 %;

Localidades fuera del radio de la Capital Federal y Partidos de Avellaneda y Lanús, situadas

a una distancia no mayor de 30 Kms. de la
Capital Federal: 40 %

Rosario y Localidades de Ensenada, Tolosa,
Rio Santiago, Dock Central y Berisso 55 %

Ejido de capitales de provincias 55 %

Resto del país 65 %

Todos estos porcentajes serán aplicados siem-
pre sobre el 100% de la tasa básica que corres-
ponde a un seguro completo.-

No obstante la simplicidad de la aplicación
de la asistencia médica-farmacéutica, pueden presen-
tarse distintos casos a saber:

Si el obrero lesionado hubiera aceptado la
atención médica por parte de los facultativos de-
signados por la Compañía, deberá someterse a lo
prescrito por dichos facultativos;

Si el obrero lesionado fuera atendido por fa-
cultativos no designados por la compañía, ya sea
porque ésta careciera de servicios médicos en una
determinada localidad, o bien porque el obrero no
hubiera aceptado la designación de facultativos
hecha por la compañía, los honorarios que se abo-
nen por tal concepto serán por cuenta de la compa-
ñía, de acuerdo con el arancel corriente que rija

esta clase de prestación, con los demás médicos designados.-

La asistencia medica-farmacéutica prescrita por los facultativos que asistan al obrero lesionado estará a cargo de la compañía.-

En principio, la compañía puede ejercer un control sobre los accidentados, debido a que sus médicos particulares que atienden su consultorio central, pueden hacer inspecciones o concurrir a ver al accidentado, donde se halle internado, para determinar en caso de duda que conviene hacer o que actitud asumir en defensa de la compañía.-

Aun cuando la asistencia medica no se halle a cargo de la compañía, esta queda facultada para vigilar la curación de los obreros por medio, como ya se ha dicho, por sus propios médicos, pertenecientes a la compañía.-

Es indudable, que cuando la curación del accidentado ocasiona gastos farmacéuticos, la compañía deberá exigir los debidos comprobantes que considere necesarios para poder resarcir los gastos al asegurado, al accidentado o al médico, segun quien haya sido el que adelantó los gastos y que son a cargo de la compañía.-

Cumplidas por el asegurado las obligaciones establecidas en el presente contrato y conocidas las consecuencias del accidente ocurrido, la compañía de acuerdo con lo establecido por los artículos 9° y 10° de la ley n° 9.688, depositará en el Instituto Nacional de Previsión Social, Sección Caja de Accidentes del Trabajo Ley 9.688 o en la Caja de Garantía, en su caso, el importe de las indemnizaciones correspondientes, con excepción de las temporarias que se entregará inmediatamente a la víctima en las fechas que habitualmente percibía su salario.-

Así es, pueden ser distintas las indemnizaciones de acuerdo con la gravedad del accidente y de acuerdo a las secuelas que pueda dejar en el accidentado, de ahí que la ley en su artículo 8° determina cuales pueden ser las indemnizaciones a abonar pudiendo ser los siguientes casos:

- a) Si el accidente hubiera causado la muerte de la víctima, el empleador queda obligado a sufragar los gastos de entierro, los cuales no excederán de ochocientos pesos moneda nacional y además a indemnizar a sus derecho habientes con una suma igual al salario total de los

últimos mil días de trabajo.- Si la víctima no alcanzó a trabajar dicha cantidad de días con el empleador responsable, se determinará la indemnización multiplicando por mil el salario diario que percibió durante el tiempo trabajado con el referido empleador.-

La indemnización por este concepto no será superior a la suma de treinta mil pesos moneda nacional (30.000,00).-

Mediante decreto reglamentario, podrá modificarse el monto fijado para gastos de entierro y el tope indemnizatorio referido, atendiendo a las fluctuaciones de los salarios.-

Se considerarán reconocidos a los fines de la ley de indemnización, las personas enseradas en el artículo 17° de la Ley n° 14.370, quienes concuerden en el orden de prelación y condiciones allí señaladas.-

Cuando concorra en la distribución el cónyuge superstite, la indemnización se considera ganancial.-

Para el reclamo bastará con la simple acreditación del vínculo del parentesco que se invo-

que y demás resaudos que podrá establecer la reglamentación:

b) En caso de incapacidad absoluta y permanente la indemnización será igual a la establecida para el caso de muerte;

c) En caso de incapacidad parcial y permanente, la indemnización será igual a mil veces la reducción diaria que haya sufrido el salario de la víctima a consecuencia del accidente.

El máximo indemnizatorio será igual a lo previsto para los dos casos anteriores;

d) La incapacidad temporal producida por el accidente, determinará una indemnización igual a la mitad de su salario medio diario desde el día del accidente hasta el día en que la víctima se halle en condiciones de volver al trabajo, calculándose aquel por lo ganado durante los doce meses.-

Pasado el término de un año, la incapacidad se considera como permanente desde el día del accidente, a los efectos de la indemnización, de la que deberán descontarse los valores entregados a título de salario durante aquel.-

Es de hacer notar que por resolución del

5 de Junio de 1942 del Departamento Nacional del Trabajo, se estableció que en los casos de accidentes que produzcan incapacidad temporal para el trabajo, la sección Accidentes fijará las indemnizaciones que prescribe el artículo 8° de la ley n° 9.688 computando los medios jornales correspondientes a todos los días, incluso domingos y feriados, del período en que la víctima se encuentra imposibilitada de trabajar.-

Es decir, que las incapacidades que fija nuestra ley de accidentes del trabajo, pueden ser diversas, ya sea la muerte que se equipara a la incapacidad total y permanente, donde se pagan los últimos mil días de salarios cobrados por el obrero a la fecha del accidente, pudiendo llegar a la suma máxima de 30.000.- cantidad que hoy indudablemente resulta insuficiente, ya que los jornales del presente oscilan en algo más de los mil 100.-diarios, es decir que la cantidad a indemnizar como máximo sería como mínimo de más 100.000,00.-

Además, el que sufre la desgracia de perder la vida en un accidente del trabajo, los ochocientos pesos que se entregan a los derecho-habientes para gastos de entierro, son a la vista insuficientes.

Tenemos luego la incapacidad parcial y permanente.-Significa esta incapacidad que cuando el accidentado ha perdido algún miembro de su cuerpo y por lo tanto queda parcialmente incapacitado para el trabajo.- Según el decreto reglamentario, fija, mediante una escala, el valor que pueden tener la capacidad de trabajo según sea la parte afectada por el accidente.-Así tenemos:

Pérdidas total del brazo derecho e izquierdo; del antebrazo derecho e izquierdo; o de la mano derecha o izquierda, se considera una incapacidad permanente del 60% del salario;

Las pérdidas de los dedos, según cual sea y de que mano sea distintos son los coeficientes de incapacidad; como ser el índice de la mano derecha es el 24 % mientras que el izquierdo el 18% y así sucesivamente con respecto a todos los dedos; en el caso de perder una pierna o el muslo, cualquiera sea la pérdida será el 60%; la pérdida de un pie 50% y de un dedo del pie 6% y así discriminando parte por parte del cuerpo fijando los distintos tipos de incapacidades.-

Uno de los errores de la ley que ella no comprende, es el de establecer si el accidentado es

zurdo.-

Tomemos, por ejemplo, el caso concreto de un obrero que pierde el dedo índice de la mano izquierda y es zurdo.-

La tabla fija como ya se ha dicho, mayor índice de incapacidad para los dedos derechos que los izquierdos, pero en este caso la incapacidad para éste accidentado es muy superior ya que ha perdido un dedo de la mano que él usa habitualmente y que efectivamente lo incapacita con más gravedad que si no lo fuera.-

Esta omisión ha sido cubierta en los seguros individuales que se realizan para preveer posibles accidentes a obreros o empleados, donde se asegura que si a cualquiera de ellos sufre un accidente será indemnizado por la compañía de seguros con la cantidad que el patrón ha fijado se le pague en caso de siniestro.-

En este seguro se deja expresamente establecido, pues también se rige por una tabla de valorización de la incapacidad, que si el accidentado fuere zurdo se invertirán los términos o coeficientes de la respectiva tabla en lo que respecta a la indemnización a pagar por la compañía.-

El artículo 9° de la ley n° 9.688, establece que se entenderá que los patrones, compañías aseguradoras o sociedades patronales, llenan las razones que por accidentes les incumben de acuerdo con la ley, depositando a nombre de la víctima o de sus derecho-habientes, el valor de la indemnización en una sección especial que se establecerá bajo la dependencia y dirección de la Caja Nacional de Jubilaciones y Pensiones, la que, invirtiendo el importe de dichas indemnizaciones en títulos de créditos de la Nación, entregará mensualmente a los interesados las rentas que a ellos correspondan.-

Este artículo se halla reglamentado por el 105 del decreto reglamentario el cual especifica que tomará en cada caso el importe de la indemnización ingresada, como el valor actual de una renta inmediata temporaria por diez años, con base de una tasa de interés igual a la que produzcan los títulos y procederá a pagar a los respectivos beneficiarios las mensualidades que le correspondan.-

Cuando el accidentado se reintegre a sus tareas, la compañía de seguros remitirá al Ministerio de Trabajo y Acción Social, una declaración por tri-

plificado consignando los datos que contiene el formulario n° 2.-Este formulario consiste en la liquidación del accidente.-

Contiene los datos individuales del patrón y del obrero accidentado, con todos los complementos que pueden ser necesarios para que el Ministerio pueda justipreciar si efectivamente está bien realizada la liquidación en base al accidente que le ocasionó a la víctima; el salario o jornal que percibía; duración de la incapacidad, el coeficiente a aplicar según la tabla de incapacidades; los gastos que pueda haber ocasionado la atención del accidentado, etc. etc.-

La incapacidad temporal determina una indemnización de la mitad de su salario medio diario desde el día del accidente hasta el día en que la víctima se halla en condiciones de reintegrarse a su trabajo.-

Si pasado un año de esta incapacidad, el obrero no puede reintegrarse a sus tareas, la incapacidad se considera permanente.-

El artículo 11° de la ley n° 9.688 especifica claramente que se entiende por salario a los efectos de la indemnización.-

Dice expresamente:

" Se entiende por salario anual, a los efectos de esta ley, al percibido por el obrero durante el año anterior al accidente, del patrón a cuyo cargo se encuentra éste último, y por salario diario, el que resulta de la división del salario anual por el número de días hábiles del año".-

Si el operario no hubiere trabajado durante todos los días hábiles del año anterior al accidente, se calculará el salario diario dividiendo la ganancia del obrero percibida en todo el tiempo que trabajó en dicho año, por el número de días de trabajo efectivos realizados por la víctima.-

Si aquella fuere un aprendiz, la indemnización se computará con arreglo al salario más bajo ganado por los operarios de la misma industria y categoría en que trabajó el aprendiz.-

A fin de determinar el salario básico para acordar las indemnizaciones por accidentes en las explotaciones forestales, agrícola, ganadera y pesquera, se establecerá en la reglamentación que deberá dictar el Poder Ejecutivo, la forma de

concepto de incapacidades permanentes parciales y absolutas y/o muerte, es decir, sin indemnizaciones temporarias y sin prestar la asistencia médica en ningun caso, se aplicará el cincuenta y cinco por ciento (55 %) de las cotizaciones de la Tarifa;

- b) Cubriendo solamente casos de muerte e incapacidades absolutas (excluyendo las indemnizaciones sobre incapacidades permanentes parciales, indemnizaciones temporarias y sin prestar la asistencia medica en ningun caso) se aplicará el treinta y cinco por ciento (35%) de las cotizaciones de la Tarifa.-

A efectos de aclarar establece el artículo 13° de la ley n° 9.688, que la indemnización por accidente del trabajo no puede ser objeto de embargo, cesión, transacción, o renuncia, y goza de todas las franquicias y privilegios acordados por las leyes civiles y comerciales al crédito por alimento.-

No cabe ninguna duda, que al indemnizar al obrero, este no se encuentre conforme con la indemnización pagada, y entable, entonces, por

la vía legal, un juicio para que se considere lo pagado por el accidente.-

Al emitirse una póliza, la compañía subroga al asegurado de acuerdo con la ley n° 9.688 sus reformas y sus respectivos decretos reglamentarios en las obligaciones de pago de las indemnizaciones y prestación de asistencia médica farmacéutica, cuando así se hubiere pactado.-

Es decir, que la compañía también subroga al asegurado en los juicios iniciados contra él por el pago de la indemnización que no ha satisfecho al accidentado.-

Se inicia la demanda presentandose el accidentado mediante un abogado a las tribunales del trabajo para hacer frente a la acción de indemnización injusta abonada por la compañía al hacer la liquidación definitiva cuando fué dado de alta y obligado a reintegrarse a sus tareas.-

Contesta la compañía de seguros la demanda iniciada, llegando por los trámites legales a la Comisión de Conciliación, en la cual, como su nombre lo indica son ínfimos los casos que allí se resuelven.-

Debe e consecuencia el Juez de Trabajo nombrar

perito médico, el cual, mediante todos, los antecedentes del accidente ocurrido al actor, dará su informe final de la incapacidad que verdaderamente tiene el accidentado o las secuelas que han dejado en el mismo el accidente.-

Uno de los inconvenientes que conviene resaltar, y que es de indudable importancia, es que los médicos que en los tribunales deben efectuar las pericias médicas, no son médicos legistas, por lo que no se puede reconocer que la palabra de ese facultativo esté de acuerdo a las incapacidades que efectivamente fije.-

No se quiere con esto dar a entender que no se crea en la palabra de un perito médico ni de su capacidad, pero es indudable que tendría que someterse a ciertas condiciones para poder probar que efectivamente abarca la cantidad y complejos accidentes que debe tratar como médico legista.-

Si la parte demandada impugna la pericia médica, en la cual el perito fijó la incapacidad, es remitida la sentencia del Juez al Cuerpo Médico Forense quien hace una nueva pericia con todos los antecedentes del caso, quien envía luego su veredicto al Juez,

quien ya en ese caso dicta sentencia definitiva, aunque no obstante también puede impugnarse, teniendo que esperar resolución de la Cámara de Apelaciones quien dicta entonces si el fallo por el cual debe indemnizarse al obrero o de lo contrario rechaza con costas por parte de la actora la demanda iniciada.-

Otros de los defectos e inconvenientes de la práctica, es que la compañía de seguros, pierda o gane sus juicios, en la mayoría de los casos, por no decir en su totalidad, debe hacer frente al pago de las costas y honorarios de los peritos, apoderados, etc.- que intervienen en el juicio.-

Debe tenerse muy presente, que en la actualidad, la mayoría de los juicios iniciados contra los empleadores, en estos casos los asegurados, subrogados por las compañías de seguros, son por lo general, de aquellas denuncias rechazadas por las compañías, al comprobar que las lesiones sufridas por el accidentado no son consecuencia de un accidente del trabajo sino por negligencia o por un infortunio cometido fuera de sus tareas laborales o en ocasión

de no encontrarse en el trabajo.-

Así, por ejemplo, los más comunes radican en los llamados accidentes "in-itinere".-

Son estos, aquellos accidentes que prevee el artículo 1° de la ley n° 9.688 y son los ocasionados durante el trayecto al o de regreso del trabajo.-

Innumerables son las negligencias de los que viajan del o para el trabajo, también es justo reconocer que por las deficiencias del transporte con la consabida penalidad por llegar tarde o no presentarse, hacen que el obrero arriesgue su propia vida con tal de poder llegar a hora a su trabajo.

No obstante, se ha dicho que por negligencia, son muchos los accidentes que se ocasionan en el trayecto al trabajo.-

Difíciles son algunos accidentes de probar, como así también la mala intención de haberse lesionado en cualquier otra eventualidad y tratar de incluirlo como accidente del trabajo, a fin de que el seguro abone su curación y su asistencia médica, como así también la incapacidad que pueda

tener al lograr su efectiva recuperación.-

Es por eso, que al hacer un estudio detenido, la compañía de seguros, sobre las consecuencias como se produjo el accidentes, sean también muchas las denuncias a las cuales se rechazan por entenderse que no son accidentes del trabajo.-

Anteriormente se dijo que los llamados accidentes " in-itinere" ha dado lugar a muchas dudas, sobre todo con la evolución de los medios de transportes, que el obrero utiliza para concurrir a su trabajo, como ser la motoneta, bicicleta, etc.-

La jurisprudencia, tanto de la Capital Federal como de las provincias, no han sentado aun jurisprudencia uniforme por la cual se puedan guiar tanto los jueces como las partes interesadas.-

Sin embargo, en la Corte Suprema de la Provincia de Buenos Aires, se presentó un caso como el que se está mencionando, y el fallo reconoce que no es accidente del trabajo el ocasionado en el traslado al lugar del trabajo, cuando el medio por el cual se utiliza entraña indudable peligro para el obrero como así también debe tenerse muy presente el elemento utilizado, como así también los lugares por

ley citada, sin necesidad de discriminar si el riesgo operativo es generico o especifico.-

Por consecuencia, los accidentes que ocurran en la Provincia de Buenos Aires, en las circunstancias anotadas, y siempre que los eventuales litigios deban tramitarse en esa jurisdicción por ubicarse allí el "lugar de trabajo", pueden ser desestimados en su cobertura por principio.-

Pero, al respecto, corresponde hacer notar que, demandada supuestamente la compañía en un caso de los contemplados (accidente in-itinere común con riesgo generico) y probando el actor la existencia de tal clausula en la póliza, puede producirse una variante en la decisión judicial, no por razones derivadas de la ley 9.688, sino de la extensión de las partes (el empleador y el asegurador) acuerdan dar al ámbito proteccional de aquella.-

El espíritu tuitivo de la normación, llevado " a la hermeneutica jurisdiccional del caso contemplado puede bien conducir a la aplicación de la " ley," según dice el mismo fallo tratado.-

Pero cabe preguntar: que argumentos podrían esgrimirse en tal hipótesis para eludir la responsabilidad?

Se entiende que ninguno es válido, habría por lo menos que modificar la cláusula, haciéndolo expresar que la cobertura solo se limita a los riesgos específicos o si no se quiere llegar a esa precisión agregar " que tengan amparo por la ley 9688 " - formula prudente que haría jugar la cláusula según la jurisprudencia de cada jurisdicción territorial

Este mismo caso de consulta luego por intermedio de la Cámara de Accidentes del Trabajo para ver si de acuerdo a la sentencia de la corte Suprema de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, quedaron excluidos de la ley 9688 los accidentes "in-itinere" producidos con el uso de medios de transportes especialmente peligrosos, de propiedad de los damnificados.-

El criterio general de este fallo, que resulta de indudable interés, por su aplicación a casos análogos, es que no se considera riesgo específico inherente a la respectiva ocupación y por lo tanto indemnizable. - el accidente acaecido a un obrero que emplea un medio de transporte de su propiedad, con riesgos propios, para trasladarse a o del lugar del trabajo.-

Para comprender exactamente la importancia de tal Jurisprudencia, cabe señalar sin embargo, que su aplicación queda circunscripta a la Provincia de Buenos Aires, pues en las demás jurisdicciones judiciales, no tendrá sino la importancia de un criterio jurisprudencial con el que se podrá coincidir o diferir.-

Es decir, que en esta materia, los interesados pueden enfrentarse ante distintos criterios según fuere la jurisdicción que corresponda.-

Por esta razón también, dicho fallo de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, en nada afecta la vigencia del criterio opuesto en la ciudad de Buenos Aires establecido por la Cámara de Apelaciones de esta ciudad.-

Tal anomalía se produce por la falta de un recurso de casación que permita uniformar en todo el país el criterio dispar de los tribunales de justicia de una u otra jurisdicción.-

Pero no solamente la jurisdicción de todo el país, sino de los propios tribunales como ser el de la Capital Federal, que en caso similares,

pero de distintos juzgados, los jueces han proveído de conformidad a la denuncia del actor en uno de los casos considerándolo accidente del trabajo, mientras que el otro juez ha rechazado la demanda por considerar que el accidente ocasionado no se considera accidente de trabajo, propiamente dicho, y por lo tanto no es in-itinere, por lo que no corresponde el juicio.-

Por eso, especificar claramente en la ley uniformar la jurisprudencia o reglamentar eficazmente los accidentes ocurridos en ocasión de ir o volver del trabajo, sería una buena realización desde el punto de vista legal y práctico para poder aplicarlo sin duda ni problemas de ninguna índole por las compañías de seguros o el propio asegurado, o del empleador cuando éste no tuviera seguro.-

En caso contrario, que puede confirmar en principio, lo expuesto, es el del obrero que viajando sentado en la escalinata de un tres, es golpeado por un hierro que asomaba en la vía, sufriendo a consecuencia del golpe una fuerte

contusión en la pierna.-

Presentada la denuncia del accidentes de trabajo, por el asegurado, por venir de éste con destino a su casa, la compañía de seguros, invocó las leyes del ferrocarril que prohíbe expresamente el sentarse y viajar en las plataformas del tren, y rechazó por lo tanto la denuncia del accidente.-

Efectuada la demanda por el obrero ante los tribunales, el juez al fijar sentencia, condenó a la compañía de seguros a indemnizar al obrero accidentado, invocando en los considerandos, que a pesar de la violación de las reglamentaciones de los ferrocarriles, debido a que el tren cubría su capacidad, el accidentado no pudo viajar en otro lado y por lo tanto lo consideraba accidente del trabajo.-

No obstante, en un caso similar, el juez rechaza la demanda del actor, invocando que no puede considerarse accidente del trabajo a la negligencia del actor al viajar colgado del tren en los estribos del mismo.-

En consecuencia, puede comprobarse fehacientemente, que no hay uniformidad de pareceres y

menos de fallos en lo que respecta a las sentencias de los Tribunales del Trabajo, no solamente de las distintas jurisdicciones, sino en los mismos tribunales de las mismas jurisdicciones.-

Es digno de destacar, que cuando el obrero víctima del accidente o sus derecho-habientes optando por la acción de indemnización especial que le confiere la ley 9.688 iniciara juicio contra la compañía, como esta toma a su cargo la defensa del asegurado, designará el abogado y procurador que defiendan y representen al asegurado, pagando la compañía todas las costas que resulten del juicio.-

Finalmente, para concluir con el tema de la indemnización, es necesario mencionar que el artículo 41° del decreto reglamentario de la ley 9688 dispone que la indemnización que la ley establece se hará siempre efectiva en pesos moneda nacional.- Toda indemnización hecha en otra forma será absolutamente nula y el obrero podrá reclamar de nuevo el pago.-

RESCICION DEL SEGURO:

La rescisión del contrato de seguro de accidentes del trabajo, puede deberse ya sea por parte del asegurado como por parte de la compañía de seguros.-

Indudablemente que diversos han de ser los motivos que lo ocasionen, como consecuencia de las distintas formas que se conviene el contrato, y por las distintas consecuencias que pueden tener.-

El asegurado puede hacer rescindir la póliza cuando cesare en la explotación de la em. resa o industria objeto del seguro, o por causa de fuerza mayor debidamente justificada por el asegurado ante la Compañía.-

Cuando esto suceda el asegurado dará cuenta inmediatamente a la compañía de seguros por carta certificada de la determinación tomada y la causa que la provoca.-

Pasados quince días de la notificación mencionada, el asegurado debe enviar a la compañía las planillas de sueldos y jornales, detallando en forma explícita los invertidos por el asegurado durante los meses que estuvo en vigencia la

póliza.-

Recibidas estas planillas por la compañía ésta procederá a la liquidación definitiva de la póliza, que puede ser, como se ha dicho, un adicional en caso de haber excedido a los declarados al emitirse el seguro, o una devolución por no haber llegado a la cifra declarada al emitirse la póliza.-

Cuando el asegurado rescinde la póliza por voluntad propia, en el supuesto caso que la compañía tuviera que devolverle algo, la compañía se quedará con un por ciento del veinte y cinco (25%) en concepto de indemnización por haber perdido la póliza.-

Se ha dicho precedentemente, que la compañía también puede rescindir la póliza de accidentes del trabajo.-

Motiva esto cuando existe una causa debidamente justificada.-

Se considera causa justificada, por ejemplo, cuando el asegurado falsea los datos de los sueldos y jornales invertidos y la compañía puede comprobar que no es verdad que se han invertido los declarados por el asegurado, sino con exceso,

una suma mayor.-

Puede originarse, también, cuando a la finalización de la vigencia del seguro, el asegurado, a pesar de tener que enviar mensualmente no lo hace ni siquiera anualmente, el envío de las planillas de sueldos y jornales, generalmente la póliza no se renueva y si se renueva y el asegurado insiste en su política, la compañía rescinde transcurrido un corto lapso la vigencia la nueva póliza emitida.-

Se presenta aquí un caso que en la práctica no se realiza comunmente por negligencia de las compañías de seguros y por consecuencia de la competencia.-

Tenemos así en el caso expuesto, cuando vencida la póliza, ya se sabe que el asegurado debe enviar mensualmente las planillas de sueldos y jornales para que la compañía lleve una noción de lo invertido mes por mes, y además para que al vencimiento se pueda realizar la liquidación definitiva ya sea en favor o en contra del asegurado llamando a favor cuando la compañía devuelve parte del premio por no haber invertido los salarios declarados a la emisión, o en contra cuando es el asegurado quien debe pagar un adicional por haberse excedido.-

Considerando este segundo caso, o sea cuando se ha excedido y debe pagar el asegurado un adicional, supongamos que éste no ha enviado durante la vigencia de la póliza ninguna planilla de sueldos y jornales y la compañía ha accedido a esperar la terminación del contrato para reunir todos los salarios juntos del año, pero este asegurado decida no enviar tampoco las planillas al vencimiento de la póliza y que en caso de inspección por parte del representante de la compañía se negare a mostrar los libros de contabilidad sobre todo el obligatorio que exige la ley 11.729 de donde la compañía podría sacar los datos más fehacientes desde el momento que es libro rubricado y comprende la totalidad de las personas que trabajan con su respectivo sueldo, y supongamos nuevamente que el asegurado no cumple con ninguna de las obligaciones mencionadas expresamente en las cláusulas de la póliza y además negare por completo el acceso de la compañía a su contabilidad, que actitud o que defensa puede asumir la compañía en este caso ?

Cabe unicamente la acción judicial, o sea la intimación por la autoridad competente que o-

bligues al asegurado a la exhibición de sus libros, cosa difícil de conseguir por las innumerables pruebas que habría que justificar y por la onerosidad del propio juicio, que hasta el momento no existe jurisprudencia alguna como para poder ampararse la compañía contra la manifiesta mala fé e incumplimiento por parte del asegurado del contrato firmado.-

Además, al ignorar por completo la compañía de seguros cuales son los jornales invertidos por el asegurado, a lo mejor el iniciar el juicio le sale luego más caro que lo que efectivamente puede recaudar por adicional.-

Al emitirse una póliza el asegurado paga una prima con la quedqueda cubierto por todos los accidentes del trabajo que sufre su personal, como así también con la subrogación total de la indemnización de esos accidentes, como con la defensa en juicio contra las demandas por las indemnizaciones pagadas no conformes por el accidentado.-

Cuando los gastos e indemnizaciones por asistencia médica e incapacidades exceden en mucho la prima abonada por el asegurado, la compañía califica a esa póliza de " mal resultado " y sería uno de los motivos por los cuales rescinde una póliza por

su propia decisión.-

Al igual que cuando el asegurado rescinde la póliza, la compañía debe pagar al asegurado quien percibirá, además, de la parte de premio que resultare correspondiente de la liquidación definitiva, en el caso de devolución, el veinte y cinco por ciento (25%) de la suma a percibir.-

Durante la vigencia de una póliza, es común que el asegurado modifique el riesgo asegurado.- Esto es lo que se llama:

MODIFICACION DEL RIESGO:

La modificación del riesgo puede ser ya sea por cambio del negocio o directamente por modificación de las tareas que cumplía habitualmente las personas amparadas por la póliza.-

Corresponde entonces que el asegurado informe a la compañía de seguros que efectivamente ha modificado el riesgo, quien entonces por medio de un endoso rectificará la póliza.-

Debe dejarse establecido que un endoso, es cuando se modifica cualquiera de las condiciones de la póliza primitiva, por lo cual se adjunta a

ésta la modificación como si fuera cualquiera de las cláusulas primitivas.-

La comunicación del asegurado de la modificación del riesgo, se formulará por carta certificada con aviso de retorno o plegada sin sobre, debiendo llegar a la compañía con antelación de ocho días por lo mínimo a la fecha en que el asegurado debe hacer en su empresa o industria las modificaciones o cambios de que se trata.-

La compañía deberá aceptar o rechazar las modificaciones o cambios propuestos, dentro de los ocho días subsiguientes de recibida la comunicación del asegurado.-

Si la compañía acepta cubrir el nuevo riesgo, dentro de las 24 horas subsiguientes al vencimiento del plazo indicado deberá extender el endosso rectificatorio de la póliza.-

Si las modificaciones o cambios agravan o aumentan el riesgo, la compañía tendrá derecho a aumentar la prima en razón a la diferencia y en el caso de rehusar el asegurado dicho aumento, la compañía podrá rescindir la póliza, devolviendo al asegurado la parte proporcional del premio por el riesgo no corrido, con deducción

del veinte y cinco por ciento (25%) sobre el importe de la suma a devolver.-

La compañía no se responsabiliza por los accidentes que se produzcan por haberse introducido en la empresa o industria modificaciones o alteraciones que hubieran aumentado el riesgo y que no hayan sido comunicadas a la compañía y aceptadas por ésta.-

Pero, no obstante, para la compañía en un alto por ciento de los casos, no se entera de la modificación del riesgo por el hecho de que el asegurado no lo denuncia.-

Además, que si la compañía no realiza inspecciones periódicas en aquellos riesgos que pueden ser fácilmente alterados o modificados, nunca podrá saber con certidumbre si se sigue cubriendo el riesgo primitivo u original por el cual fué hecha la póliza o se ha cambiado.-

Tenemos un caso concreto en las pólizas de accidentes del trabajo para la construcción de casas de departamentos, obras, etc.-

Si se concreta una póliza para la construcción de una casa de tres pisos por ejemplo, la tarifa que se aplique será la indicada expresamente por la tarifa para las construcciones de tres pisos y ya sean metálicas o de hormigón armado.-

Ahora bien, dicha tarifa va aumentando a medida que más alta es la casa y en el supuesto caso que luego se decida aumentarle un piso más a la obra primitiva cuya póliza fué concordada con la compañía, como se da cuenta la compañía de seguros que ha pasado de categoría y debe por lo tanto aumentar la tarifa si aceptara la modificación de dicho riesgo ?

Si la compañía no realiza periódicamente una visita a la obra y descubre por si misma que se está construyendo un piso más, nunca podrá realizar el endoso de la póliza y de hecho su ampliación.-

Ahora, suponiendo el caso inverso, de que se haya concertado para una construcción de una obra de cinco pisos y se realice finalmente por cuatro, en seguida vendrá el asegurado a solicitar el reintegro de la prima pagada de mas por menor riesgo corrido según lo fija expresamente la tarifa de cotizaciones para seguros de accidentes del trabaj .-

Queda aun otra alternativa y se basa en que, cuando como lo mencionado en el caso anterior, los riesgos son cercanos a la compañía o sea al domicilio de la compañía de seguros, pueden hacer-

se las inspecciones periódicas para la modificación del riesgo.-

Pero si dicho riesgo está ubicado en el interior del país, también la compañía podrá realizar su inspección, pero, con los gastos que ocasiona el traslado de una persona en este caso el inspector, especialmente para dicha inspección, a lo mejor tiene una pérdida por que el aumento de premio no compensa los gastos ocasionados.-

Depende también el poder modificar el riesgo con todo conocimiento, la actuación que tenga el corredor de seguros, intermediario del asegurado y de la compañía de seguros en la emisión de la póliza.-

Si el corredor se preocupa, e informa periódicamente a la compañía, no se podrá realizar de acuerdo a lo establecido en las normas generales de las pólizas que son conocidas por ambas partes al firmarlas; además de que el corredor en los casos de que son aumentos de tarifas, le conviene materialmente ya que en toda ampliación o aumento de tarifas y de primas, el corredor cobra su parte o su comisión

como si fuera un seguro nuevo.-

SUBROGACION:

Al suscribirse la póliza, la compañía de seguros subroga al asegurado en todas las acciones judiciales que se entablen contra dicho asegurado.-

Si el obrero víctima del accidente o sus derecho-habientes, pidiendo por la acción de indemnización especial que le confiere la ley n° 9.688 y sus modificaciones, iniciaran juicio contra el asegurado, la compañía tomara a su cargo la defensa.-

En ese caso, la compañía de seguros designará el abogado y procurador que defiendan y representen al asegurado, y serán por cuenta de la misma las resultancias del juicio.-

El asegurado no podrá hacer argelo judicial o extrajudicial sin previo consentimiento por escrito de la compañía.-

La compañía quedará libre de toda responsabilidad si el asegurado no diera aviso telegraficamente de la demanda dentro de las 24 horas de su notificación, indicando juzgado y secretaría

donde radicó la misma, y no remita a la compañía al mismo tiempo por carta certificada con aviso de retorno, la cédula, copias, y demás documentos que la acompañen y una relación precisa y detallada de los hechos, para la defensa del juicio.-

v En caso de que la compañía fuera citada directamente en juicio por el obrero víctima del accidente o sus derecho-habientes, el asegurado se obliga a facilitar y poner a disposición de la misma, todos los datos y antecedentes para la defensa, so pena de incurrir en la obligación de reembolsar a la compañía el importe de la condena y gastos.-

Producida la demanda, el asegurado debe otorgar, en todos los casos que la compañía lo requiera, el respectivo poder a nombre del abogado o procurador que la misma indique,-

La subrogación por parte de la compañía de la defensa en juicio del asegurado es uno de los temas más discutidos y candentes de las pólizas de accidentes del trabajo, y que algunos detalles ya han sido descriptos anteriormente en este mismo trabajo.-

Esta acción producida contra la compañía de seguros, resulta siempre desventajosa para ésta, aunque la sentencia judicial la favorezca en un todo, o sea que gane el juicio con costas y gastos que tengan que ser pagados por parte del actor.-

El procedimiento que se sigue para iniciar la demanda contra la compañía de seguros, ha tomado hoy notable incremento, ya sea por las condiciones siempre favorables para el actor como para sus representantes.-

Suponiendo el caso más desfavorable o contraproducente para el actor y sus representantes, o sea que los Tribunales del Trabajo, no den lugar a la demanda iniciada y el cobro de la correspondiente indemnización solicitada, siempre salen favorecidos, desde el momento que ambos, actor y representante, no pierden absolutamente nada, ya que todos los gastos y honorarios corren por cuenta total de la compañía de seguros.-

En efecto, si el accidentado, o sea el actor inicia juicio y lo pierde, lo único que tendrá que abonar son los honorarios al aboga-

do que lo representó, pero nunca tendrá que pagar las costas y gastos del juicio ya que son siempre abonados por la compañía de seguros.-

Esta, a su vez, a pesar de haber ganado con todos sus derechos el juicio, debe abonar a sus representantes los gastos de la defensa, así como también los honorarios del perito médico y del perito contador en el caso que se hubiese solicitado.-

Todo esto en el caso de que no se de lugar a la demanda, si por el contrario el obrero víctima del accidente gana y debe pagarse la indemnización total o parcial reclamada, ha de suponerse, o mejor dicho, darse cuenta del desembolso y pérdidas que puede ocasionar a una compañía de seguros estas demandas.-

, For todo lo expuesto, es indudable que las demandas por indemnizaciones de accidentes del trabajo, no se consideran ya como una acción indemnizatoria de una lesión sufrida, sino como una profesión lucrativa, que como consecuencias de las ventajas posi-

tivos que tiene para la parte actora, se inician ininterrumpidamente contra las compañías, únicas perjudicadas en este caso, para ver si por la dudas se puede cobrar algo más de indemnización de la que efectivamente fué ocasionada por el accidente del trabajo producido, y que por lo tanto no ha podido trabajar, compensando ya también esa pérdida la compañía de seguros, por el pago de la indemnización según lo establecido por ésta y el asegurado al emitirse la póliza.-

Así como se abusa con las denuncias de accidentes del trabajo, por accidentes que no son ocasionados en el trabajo sino fuera de ellos, haciendolos pasar como accidentes propiamente dicho, así también se lucra con las demandas por indemnizaciones ya pagadas por esos accidentes y que el actor considera insuficiente como motivo en general para iniciar la acción contra la compañía.-

Una de las soluciones para equiparar por lo menos los perjuicios de la demandada en estos casos, o sea la compañía de seguros, sería que cuando el obrero pierde la demanda

iniciada, tuviera que pagar los gastos que ocasiona el juicio, y en caso de no poder, por causas materiales por supuesto, iniciarle la compañía embargo del sueldo hasta cubrir la cantidad adeudada.-

Con esto se sentaría jurisprudencia de que no es tan fácil iniciar acción indemnizatoria sin fundamentos ciertos, pues en el caso en que pierda pueda salirle oneroso el albur corrido a la espera de una indemnización complementaria y en la mayoría de los casos injustificable.-

Además de jurisprudencia sobre estos casos, el número de demandas disminuiría automáticamente, al ser un ejemplo para los demás compañeros del actor, que al ver las consecuencias pensarían más profundamente y detalladamente el iniciarle juicio a la compañía de seguros.-

Según antecedentes y estadísticas realizadas en distintas compañías de seguros, se estima que un juicio ganado en forma total por la compañía, con costas y gastos a pagar por

la actora, resulta entre honorarios al apoderado, perito médico, perito contador, sellados, etc.- alrededor de la suma de CINCO MIL PESOS (m\$n 5.000,00).-

Hechos reales, confirman que hoy, una compañía de seguros tiene alrededor de una demanda diaria por indemnización de promedio, que presumiblemente ha sido considerada injusta.-

Es de hacer notar, que en la mayoría de los casos, por no decir todas, reclaman el importe máximo establecido por la ley n° 9.688 y sus modificación por el decreto n° 5.005/55 o sea la suma de Treinta mil pesos (m\$n 30.000,00).-

Indudablemente que estos importes aumentan por la escala respectiva, los honorarios de los profesionales que intervienen por ambas partes durante el juicio.-

Todo lo descripto, no solamente tiene importancia e impacto en los resultados económicos financieros de la sección correspondiente en la

compañía de seguros o sea la Sección de Accidentes del Trabajo, sino también en el resultado individual de las pólizas suscriptas entre el asegurado y la compañía.-

Puede darse el caso, por ejemplo, que una póliza que pudiera tener a su vencimiento un resultado positivo, y tener la compañía para cuando se renueve un buen concepto sobre el asegurado, resultan negativas y la compañía arbitrará los medios convenientes para cuando dicha póliza se renueve, solicite al asegurado un mayor cuidado en el resgo asegurado, como así también las franquicias que podría tener en el dichoso caso que esa póliza hubiera tenido a su vencimiento un resultado positivo.-

Así también, puede llegarse al caso de que si en los años de vigencia de esa póliza, así como también en los sucesivos, siempre dió mal resultado, o sea pérdida por ser la cantidad pagada en concepto de indemnizaciones por siniestros muy superior a la abonada por el asegurado en concepto de prima, que la compañía

decida no renovarla, teniendo el asegurado que llevarla a otra compañía, que a su vencimiento de seguir en la misma situación que en años anteriores, le hará las mismas objeciones que la primitiva donde estuvo.-

En un cuadro estadístico realizado entre las distintas compañías de seguros que actúan en plaza en la sección accidentes del trabajo, se ha comprobado que los resultados no son muy beneficiosos y en número elevado dan resultados negativos, es decir pérdidas, debido al sinnúmero de accidentes producidos y denunciados que ocurren y a la gran cantidad de demandas que se inician.-

Además de esto, los enormes gastos y gravámenes que se agregan a la prima, resulta que el monto a pagar por el asegurado se vea recargado practicamente entre un 20 a 23 por ciento, de la prima que efectivamente le cobra la compañía.-

De ahí resulta que, muchas empresas

e industrias conciertan sus autoseguros, o sea convenios privados con algún sanatorio u organización de médicos para la atención de sus accidentados, abonando una cuota anual que indudablemente es muy inferior y onerosa que la prima de una póliza de accidentes del trabajo.-

Pero no todos tienen su beneficio, pues en el caso de accidentes con una incapacidad paucial y total, o parcial permanente, deben pagar la indemnización que establece la ley n° 9.688 y que por consecuencia ocasiona grandes erogaciones para la sociedad, compañía o industria.-

Suponiendo el caso de una sociedad que tiene un auto-seguro, por el cual paga como se ha dicho una cuota mensual, bimestral, semestral o anual muy inferior a lo que se podría equiparar por la prima de la póliza de seguros contra accidentes del trabajo, esa sociedad tuviera que pagar por indemnización la desgracia de la muerte de dos empleados

suyos, que dirigiéndose o volviendo del lugar del trabajo, fueron atropellados por un vehículo ocasionándoles, como se ha dicho, lesiones fatales.-

Esta sociedad tendría que abonar a los derecho-habientes de las víctimas la cantidad establecida por la ley n° 9.688, o sea, mⁿ 30.000 por indemnización mas mⁿ 800, o por gastos de entierro haciendo un total de mⁿ 30.800.-- a cada uno resultando en definitiva la suma de mⁿ 71.600,00.-

En el supuesto que estuviese asegurado, no tendría problema alguno, debido a que con seguridad la prima abonada en concepto del contrato del seguro, sería muy inferior a lo que tuviera que pagar, haciendo la salvedad además que dicha prima podría pagarla en forma fraccionada.-

Pero si no estuviese asegurado tendría que desembolsar una suma en efectivo abultada, que a lo mejor le ocasiona pro-

blemas por tener en disponibilidad en esos momentos una cantidad que puede resultar insuficiente, o por tener que distraer una fuerte suma para un imprevisto que ya tenía asignada destino para otros fines, como ser por ejemplo, compra de mercaderías, etc.-

Es entonces, que ante un caso así, la compañía para el futuro ejercicio, tomará precauciones y por lo tanto de la ganancia del ejercicio futuro resolverá constituir una reserva para accidentes del trabajo, que además de sacarla de disponibilidad, y no poder movilizarla, tendrá que pagar los impuestos correspondientes debido a que no es deducible del balance impositivo y no exenta de gravámenes.-

Por lo tanto deberá estudiar racionalmente, si a lo mejor no le conviene realizar su seguro de accidentes del trabajo para el año próximo.-

Con esto, no se quiere insinuar la conveniencia de realizar el seguro de accidentes del trabajo, pero sí dejar bien establecido que cada

sociedad en particular, debe hacer un estudio analítico de la situación impersonal y en base a experiencias sufridas a los efectos de tomar las precauciones necesarias para no tener en un momento determinado un siniestro imprevisto que le ocasiona perjuicios en la tarea habitual y normal de su trabajo, tanto económica como financieramente.-

Se ha tomado precedentemente el caso de muerte, a los efectos de destacar que con motivo de la obligación por parte del patrón en el caso de auto-seguro como de la compañía en el caso de accidentes del trabajo, de abonar los accidentes ocasionados al ir o regresar del lugar del trabajo, llamados accidentes *in itinere* según lo mencionado anteriormente en esta misma obra, han aumentado mucho las indemnizaciones y los accidentes debido indistintamente a muchos motivos.-

En primer lugar, debido a las malas condiciones en que hoy se traslada la población, son diversos los accidentes producidos en los

medios de locomoción, como consecuencia de los atropellos y apuros para poder llegar a su respectiva hora al lugar del trabajo.-

En segundo lugar, la negligencia probada de la población para realizar esos viajes.-

En tercer lugar, la notoria mala fé de inculpar a accidentes "in-itinere" a todas las l'estimaduras o lesiones producidas en consecuencias ajenas al trabajo y producidas por factores completamente alejados de sus funciones laborales.-

Tenemos así el caso, por ejemplo, de estudios realizados en la actualidad, que la mayoría de los accidentes "in-itinere" son producidos los lunes a la mañana antes de entrar al trabajo, o sea "concurriendo a sus tareas laborales", como es la clásica frase de las denuncias de los accidentes enviadas a la compañía.-

Esto ha dado, indudablemente, lugar a un abuso por parte de los trabajadores, que por el más mínimo daño ocasionado fuera del trabajo lo consideran o incluyen como accidente "in-

itinere ", teniendo que dejar de trabajar, con las consecuencias de no ir a su trabajo, fomentando así el estado de desorganización y el mal ejemplo a sus compañeros de tareas, como así mismo las consecuencias económicas y financieras que incurren al patrón o empleador al no poder disponer a lo mejor por algunos días a su obrero o empleado.-

Otro inconveniente que se puede recalcar para fomentar el abuso de los accidentes del trabajo, es que algunos asegurados, como ya se explicó precedentemente, aseguran las pólizas con jornal íntegro.-

Esto ocasiona poco interés por parte del asegurado, en lo que respecta a sus accidentes, debido a que, en caso de accidente no tiene que efectuar ningún desembolso para pagar las indemnizaciones correspondientes ya que corre todo el gasto a cargo de la compañía de seguros.-

Sucede lo contrario, cuando no se asegura jornal íntegro.-

El empleador o asegurado también tiene interés que el obrero no sufra accidentes ya

que él debe abonarle el medio jornal que tendría que cobrar, ya que la compañía solo paga el otro medio jornal.-

Como allí el asegurado sufre el impacto directamente, tiene mayor interés de que no se produzcan accidentes y por lo tanto tratará de tener una mayor responsabilidad durante la jornada de trabajo, cuidando con mayor atención a todo su personal.-

No obstante, a pesar de que en el primer caso no tiene que pagar nada por haber asegurado jornal íntegro, tiene su perjuicio no financiero sino económico ante la ausencia de la mano de obra necesaria mientras dure la incapacidad producida por el accidente.-

Otros de los motivos que incitan para que se considere accidente de trabajo a cualquier lesión por mínima que sea, y aunque no fuere accidente del trabajo, tratándose que se considere a los efectos de su curación, es el excesivo costo que hoy en día tiene la asistencia médica, como ser honorarios de los médicos, medicamentos, etc.-

Este es uno de los problemas más graves

para las compañías de seguros, ya que la misma repercute directamente sobre los resultados individuales de las pólizas, como en conjunto para el resultado de la sección accidentes del trabajo y para la compañía propiamente dicha.-

Consecuencia de ello, la Superintendencia de Seguros de la Nación, mediante resolución n° 4.015 del 31 de Octubre de 1958, ha dispuesto, con vigencia de la hora cero del día 3 de Noviembre de 1958, un reajuste de las primas de aplicación de riesgos adicionales de Accidentes del Trabajo, como son la asistencia medica farmaceutica, como el recargo por jornal íntegro.-

Ya se ha explicado y expuesto la escala que aplicaba la Tarifa de Cotizaciones para Seguros de Accidentes del Trabajo de la Cpmara de Aseguradores con fecha 31 de Diciembre de 1958.-

La modificación de las condiciones de contratación que se han aludido, han sido aumentadas de acuerdo a la siguiente escala:

ASISTENCIA MEDICO-FARMACEUTICA:

RIESGO INDUSTRIAL:

	1957	1958
Capital Federal	17 %	25 %
Gran Buenos Aires	40 %	50 %
Capitales de Provio.	55 %	55 %
Resto del país	65 %	85 %
Riesgo agrícola- Gana- dero		85 %

En lo que respecta al jornal íntegro que era un recargo del 30% sobre el total de la prima ha sido aumentada a un por ciento fijo del 35 %.-

Se deduce, entonces, que ya la autoridad pertinente ha tomado conocimiento de los graves problemas que ocasionaban estas tarifas en las compañías de seguros, ajustandolas como se nota en el cuadro precedente en un considerable aumento, sobre todo en la asistencia médica farmaceutica que ha aumentado en forma vertiginosa en estos últimos tiempos.-

No obstante, este aumento de tarifas o recargos sobre la prima que se cobra según la

tarifa, no indica ningun beneficio para las compañías de seguros, ya que, al aumentar el premio total a pagar, los gravámenes que deben adicionarse para llegar a la prima definitiva, al ser porcentos elevan considerablemente las mismas, lo que induce a los asegurados a prescindir del seguro de accidentes del trabajo debido a su elevado costo, y volcarse, en forma unánime al auto-seguro o dejar librado todo a la fortuna de no tener seguro y que su personal no se lesione.-

Sin embargo, al considerarse este año la modificación de la ley n° 9.688, en la cual se establece en principio, que el monto indemnizable podría alcanzar a la suma de OCHENTA MIL PESOS MONEDA NACIONAL (80.000,00 m.n); debiendose pagar además el jornal íntegro en caso de accidente por la indemnización temporaria (en la actualidad es medio jornal), si las actuales tarifas quedaran sin modificación, ello beneficiaría enormemente al asegurado para que realizara el seguro, pero es indudable que en seguida serían modificadas,

pues las compañías de seguros, a la más mínima indemnización que tengan que abonar, quedarían en situación desventajosa en lo que respecta a la prima cobrada.-

La aludida modificación de mín 80.000,00 para la indemnización máxima a cobrar, como por ejemplo, en los casos de muerte e incapacidad permanente o parcial, es no obstante inadecuado debido a los jornales que se pagan hoy en día en cualquiera de los diversos oficios en que se trabaja.-

La ley n° 9.688 en su artículo 8° establece que la indemnización a pagar en caso de accidente será igual a los últimos mil jornales cobrados por el obrero víctima hasta alcanzar un máximo de mín 30.000,00.-

Es bien sabido, que en nuestros tiempos, cualquier persona que trabaje tendrá un jornal diario que excede en más los cien pesos diarios.-

Dentro de un lapso más o menos breve, ya tendrán los empleados u obreros un promedio que alcance a los cien pesos o sino diarios, con toda seguridad, un promedio mayor.-

Al indemnizar a la víctima los últimos mil jornales, ya alcanzarían estos a la suma de cien mil pesos, o sea que la nueva ley sería insuficiente, dentro de muy poco tiempo volviendo a caer en el caso actual.-

Sin embargo a este pensamiento debe presentarse la contrapartida, o sea, aquellos accos que en forma indudable perjudicarían a una empresa en tal gravedad, que no podría quizás hacer frente a las indemnizaciones que tuviera que pagar.-

Supongamos el caso de los estibadores, que según se ha comprobado en Octubre de 1958 ganaban aproximadamente un promedio de doscientos pesos diarios.-

Este gremio, cuando realiza operaciones con mercaderías consideradas insalubres, cobra su jornal de trabajo con el cien por ciento de recargo (100 %); llegando así a un promedio de más o menos 400 pesos diarios.-

Una empresa de estibajes, que paga por día sus jornales, debe tener una reserva de considerable cantidad, o de lo contrario un seguro de accidentes del trabajo, pues las estadís-

ticas revelan que es el oficio en el cual se accidentan más obreros y con mucha frecuencia.-

En el ejemplo anterior, si llega a ocurrir alguna desgracia en el cual quedan con incapacidad permanente o les ocurre la muerte directamente a algunos de estos obreros, puede suponerse el monto que debería pagar ya sea la empresa de estibajes o la compañía de seguros.-

Además, una de las iniciativas que propugna la modificación de la ley de accidentes del trabajo, indica que la indemnización debe regularse en base al jornal que percibía el accidentado el día del accidente, multiplicando a éste por mil.-

Volviendo al ejemplo anterior, la muerte de dos estibadores, comprendería una indemnización a pagar por quien fuere, más o menos la suma de más 400.000,00.-

Como se observa todo esto sería imposible, así que la sanción de las modificaciones de la ley deben ser estudiadas con mucho detenimiento para no llegar a estos casos que en algunos es insuficiente y en otros excesivo.-

Por otra parte, debe tenerse en cuenta,

que de resultar el segundo caso, las compañías de seguros cobrarían unas primas por los seguros de accidentes del trabajo, que obligaría a una empresa o industria a desembolsar una fuerte suma de dinero, con la probabilidad de que a lo mejor no suceda ninguna desgracia y haya abonado por precaución una suma que bien podría haber aprovechado en las tareas habituales del negocio.-

De lo expuesto, surge que esta es una situación en que deben contemplarse ambas partes, pues es indudable que los dos tienen que preverse contra futuras contingencias, el asegurado por un lado contra posibles desgracias y las compañías por el otro contra posibles indemnizaciones que obliguen a pagar una fuerte suma.-

En base de estas contingencias, durante el transcurso del presente período legislativo ha tenido entrada en la Cámara de Diputados de la Nación un proyecto elevado a la Comisión de Trabajo, sobre las ventajas de la creación de un Seguro Unico de Accidentes para las actividades que se desarrollan en el puerto.-

En una breve sinopsis de este proyecto, se recalca que en la actualidad, las empresas contra-

tistas de estibajes pueden cubrir los riesgos de accidentes del trabajo que se derivan de la realización de las operaciones portuarias que se les confían tanto en compañía de seguros, como organizando sus propios servicios asistenciales.-

Agrega además dicho proyecto:

" Cada la discontinuidad de las tareas, que
" dificulta enormemente el control del personal
" contratado para su ejecución, así como también,
" la característica peligrosidad de las operaciones
" portuarias, que eleva los porcentajes de los ac-
" cidentes graves a cifras verdaderamente fabulosas
" son pocas las compañías de seguros que aceptan
" cubrir esos riesgos, o elevan desproporcionadamente
" las primas correspondientes, tanto para desanimar
" a los posibles interesados, como para hacer frente
" a todas las contingencias que se pudieran presen-
" tar.".-

" Es así como no es extraño encontrar em-
" presas de seguros que exigen primas que alcanzan
" hasta el cuarenta por ciento de los jornales bru-
" tos devengados por los obreros estibadores cuyo
" riesgos de accidentes del trabajo se trata de cu-
" brir, con lo que se contribuye al encarecimiento

desproporcionado de las tareas portuarias.-

Este proyecto debe estar aun en estudio pues no se sabe cual ha sido la discusión, si es que la ha habido, ni si se pondrá en la práctica lo que se dice del contrato de seguro único para portuarios, pero, es indudable, que si se quiere formar una cooperativa para solventar los gastos de asistencia medica, como así también las indemnizaciones que se tengan que abonar en casos de accidentes, se debe crear el problema de provisión de fondos para hacer frente a estas eventualidades, que tendría que ser por aportes patronales y obreros, que aportarían en proporción, pero va de hecho que el problema debe ser muy complejo si no se quiere hacer intervenir al Estado, cosa que sería perjudicial, pero, debido a las tramitaciones oficiales, como la instalación de una oficina donde se centralizara todo lo relacionado a los seguros.-

Todo esto ocasionaría al Estado un sinnúmero de erogaciones en concepto de creaciones, organizaciones, congresos, sueldos administrativos, honorarios profesionales y todas las secuelas de consecuencias que traen aparejadas las indemniza-

ciones por accidentes del trabajo, desde la denuncia hasta el efectivo pago de la indemnización, por sus sucesivas etapas.-

Otra consideración que hay que tener presente, es la duración de la asistencia que se le debe prestar al accidentado hasta ser dado de alta después de todo el proceso de la curación que en algunos casos son de un lapso prolongado.-

Tenemos el caso concreto, por ejemplo, de una fábrica de productos químicos que tenía asegurado a su personal por accidentes del trabajo, y que a la hora de salida de aquel, quedaron retrasados tres de sus empleados en un lugar de la fábrica donde se encontraba una cámara que explotó, produciendo a dichos obreros quemaduras intensas y de tal gravedad que obligó a su internación inmediata como después sucesivamente, a medida que iba curando, a nuevas operaciones para corregir defectos físicos ocasionados por las quemaduras, o para no dejar secuelas de una enfermedad que se podría producir con el tiempo en el caso de no ser intervenido quirúrgicamente.-

La pérdida que supone para la compañía de seguros un accidente de esta magnitud, es difícil de entender por los años que demandan las curaciones de los accidentes.-

Suponiendo que esa fábrica no hubiera tenido su seguro de accidentes del trabajo, se puede imaginar la cantidad fabulosa que tendría que abonar por las curaciones de sus empleados hasta que estuvieran en condiciones de volver al trabajo, debiéndose recargar además los jornales no percibidos por el obrero como así también la cantidad estipulada por la ley n° 9.688 en concepto de incapacidad.-

Sin embargo, con una cantidad que a lo mejor no alcanza a lo que resultaría el total de cualquiera de los conceptos mencionados, se ha visto dicha fábrica favorecida al abonar la compañía de seguros todo lo que les hubiere resultado a ellos.-

En lo que respecta a las compañías de seguros, tendrá que efectuar sus pagos a las organizaciones médicas contratadas para la internación y curación de los accidentados, honorarios, profesionales, etc.etc. y efectuar

sus reservas correspondientes al cierre de sus ejercicios de lo que se supone tendrá que abonar todavía hasta el restablecimiento definitivo de esos accidentados, teniendo en cuenta que a lo mejor lo que se ha previsto resulta insuficiente, pues una recaída de alguno de los accidentados, puede desmoronar todo el estudio realizado a la confección de las reservas.-

Pero existe también el caso inverso.-

Suponiendo esa misma fábrica que ha abonado su elevada prima en concepto del seguro de accidentes del trabajo, y termina su vigencia sin haber ocurrido ningún siniestro (caso que en la práctica ocurre muy a menudo), ha dado indudablemente una ganancia neta a la compañía de seguros que así, en principio puede compensar los malos resultados de otras pólizas que den resultado negativo o sea pérdida.-

Debido a ello, es que hay que hacer el estudio concienzudo y detenido de ambas partes, y las posibilidades que existen para contratar el seguro para dejar supeditado al destino lo que pueda ocurrir y hacer frente a las consecuencias.-

No obstante, ese pensamiento, las estadísticas realizadas en el corriente año de los balances de las

de las Compañías de seguros en el año 1958 que actúan en el ramo de Accidentes del Trabajo dicen bien a las claras que no son provechosos los seguros de accidentes, por que la mayoría de las compañías tienen resultados negativos o sea pérdidas, o de lo contrario ganancias exiguas que no compensan ni los gastos de administración que esas compañías con sus personal propio, consultorios centrales, asociaciones médicas, farmacias, gastos generales, etc.etc.-

Además, como se ha explicado precedentemente, las primas de los seguros de accidentes del trabajo, se cobran en base a la tarifa establecida según los jornales que abone el asegurado durante la vigencia de la póliza en concepto de sueldos y jornales.-

Con el incesante aumento de estos últimos, las primas de hecho van aumentando, y así el asegurado ve todos los años, como a la renovación de la póliza la cantidad a pagar es cada vez mayor y estudia la posibilidad ya descripta de concretar su autoseguro.-

En la mayoría de los casos, la póliza que

no ha tenido siniestros el último o en los dos últimos años, el asegurado prescinde de ella por lo menos un año como prueba experimental y de ahí que las carteras de las compañías de seguros a pesar de aumentar las producciones son consecuencias de los mayores salarios es decir en números, pero en lo que respecta a las pólizas, la producción ha disminuído, quedando en consecuencia en cartera aquellas pólizas de resultado negativo, por conveniencia propia de los asegurados que por la experiencia de años anteriores saben que les resulta más caro el no tener póliza, que el tenerla aunque la prima sea elevada, pues saben que siempre ha de ser inferior a lo que tendrían que pagar en el caso de no realizarla.-

Es decir, entonces, que la compañía tiene más producción, pero son también mayor las sumas que pagan en concepto de indemnizaciones y asistencia medica, y de ahí los resultados practicamente negativos de todas las compañías de esta clase de seguros, tan beneficioso en algunos casos como perjudicial en otros.-

Debe tenerse presente además, que debido al incesante aumento de las maquinarias, o sea, la evolución de la máquina en las condiciones del trabajo, los accidentes van ocurriendo con más frecuencia y con mayor gravedad, debido a lo complicado del manejo de las mismas, así como la falta de práctica para dicho manejo, como así también por la negligencia hoy característica en las actividades laborales directamente vinculadas con las máquinas.-

De ahí se deduce, porque la Tarifa de la Cámara de Aseguradores de Accidentes del Trabajo, ha tenido y tiene una tarea ímproba en la calificación de las máquinas según su riesgo, y las continuas modificaciones que tiene que efectuar a dicha tarifa como consecuencia de la implantación de nuevos medios de trabajo.-

Como sinopsis de todo lo expuesto, el futuro de accidentes del trabajo en lo que respecta al seguro nunca se podrá predecir, en base a las reglamentaciones vigentes, las proyectadas reformas, la situación individual de convenien-

cia de realizar el seguro o no; el auto-seguro o sea el realizado por el propio asegurado con instituciones médicas para la asistencia de los accidentados y por las fuertes erogaciones que tienen que hacer frente las compañías o industrias al pagar las primas, como así también por parte de las compañías de seguros cuando los siniestros son de suma gravedad que originan una asistencia médica dilatada y como consecuencia una indemnización elevada.-

Finalmente, mientras se continúe abusando del seguro de accidentes del trabajo por parte de los obreros y empleados para no trabajar y cobrar lo mismo ese día de inasistencia y ocio, no cumplirá el seguro la función social, económica y financiera que tiene, o sea la de disponer de sus fondos respaldando al comerciante para prevenirlo de futuras contingencias en fuertes reembolsos de dinero, como así también de darle una curación efectiva y eficiente al obrero accidentado por causas diversas durante su jornada de trabajo.-

En efecto, no debe considerarse al seguro de accidentes del trabajo, como una válvula de escape para recuperar el lucro cesante, sino como una prevención de seguridad para la buena aplicación de las leyes de indemnización de accidentes del trabajo y el pago de la debida indemnización, y que no puede abarcar por igual al obrero honesto, lastimado en efectivas labores obreras, del que para poder justificar su inasistencia al trabajo, por lastimaduras o lesiones ajenas al mismo, invoca como accidente del trabajo a negligencias suyas, abusando del respaldo de la póliza de seguro, que la compañía debe abonar por así haber contratado con el asegurado a la emisión de dicha póliza.-

I N D I C EG E N E R A L

<u>T E M A</u>	<u>P A G I N A</u>
Antecedentes	1
Derecho Comparado	4
Alemania	5
Francia	6
Inglaterra	7
Italia	8
Rusia	9
Suiza	10
Brasil	11
Colombia	13
Uruguay	14
Estados Unidos de Norte América	16
Organización Internacional del Trabajo	21
República Argentina	26
El seguro de accidentes del trabajo:	
Introducción y consideraciones generales	30
Personal asegurado	48
Riesgos previstos	58

TEMAPAGINA

Premio de la póliza	66
Pago fraccionado	70
Vigencia de las pólizas	71
Denuncia del accidente	73
Asistencia médica-farmacéutica	76
Rescisión del seguro	102
Modificación del riesgo	107
Subrogación	112
Modificación de la asistencia médica-farmacéutica	128
Proyecto de reforma ley 9.888	130
Índice general	145

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
INSTITUTO DE POLITICA SOCIAL

R E S U M E N D E

E L S E G U R O D E A C C I D E N T E S

D E L T R A B A J O

Trabajo realizado para optar al título de
Doctor en Ciencias Económicas.-

ALUMNO: LUIS ATILIO VILLAMAGNA

REGISTRO N° 16.187

TESIS
M.423
V3

Resumen

Previamente a entrar en el tema a lo que propiamente se llama el seguro de accidentes del trabajo, debe hacerse un estudio de los antecedentes del mismo.- Para ello debe remontarse a como se efectuaba el trabajo en la antigüedad, es decir, en que condiciones se desarrollaba y como eran las relaciones entre patronos y obreros.

En lo que respecta a lo primero era en aquel entonces totalmente distinto a como se desarrolla en la actualidad, ya que, debido a que todavía no se conocía la electricidad, el vapor, etc. los accidentes no tenían la continuidad que hoy en día poseen.- En lo que respecta a lo segundo, existían organizaciones gremiales y corporativas que ofrecían asistencia y protección para las víctimas de los accidentes que ocurrieran, que según el espíritu de aquella época semejaba a una gran familia que no iba a dejar abandonado bajo ningún motivo a uno de sus miembros.-

La protección al obrero no se inicia en el siglo XIX sino que con anterioridad ya se regulaba en lo posible las protecciones a los mismos.- Así se puede nombrar Las Leyes del Manú; el Libro del Consulado del Mar; Las Leyes de Indias; Las Leyes Nuevas y la Cédula del Servicio Personal, todas las cuales establecían en forma particular las indemnizaciones a los accidentados de su profesión y no en general para todas las actividades.-

Con el transcurso del tiempo, surgen los inventos de las nuevas maquinarias con todos sus peligros inherentes y se transforma sustancialmente la vida del obrero.- La velocidad, los balancines, las explosiones, correas, etc. y la transformación total del sistema legal corporativo deja al obrero sin protección ni defensa alguna, por lo que sucede que el Estado tenga que tomar ingerencia en todo

lo relacionado con los accidentes del trabajo.- Interviene el Estado ya sea en forma preventiva y en forma reparadora a la vez.

Para ello monta un eficaz sistema legal que permita la curación del enfermo como la compensación por lo no trabajado mientras cura dicha enfermedad.-

Para ello todos los países han reglamentado su ley de accidentes del trabajo que en general todas tienden a lo mismo: la atención médica-farmacéutica del obrero víctima del accidente y la indemnización de las secuelas que pueda dejar dicho accidente.-

Para dar una noción de las mismas se ha resumido a grandes rasgos las legislaciones de los distintos países que han sancionado sus leyes y reglamentaciones de los accidentes del trabajo,- Así se esboza la legislación de Alemania; Francia; Inglaterra; Italia; Rusia; Suiza; Brasil; Colombia; Uruguay; y Estados Unidos de Norte América siendo este país el más peculiar de todos debido a que en sus 48 estados, el distrito federal y los cuatro territorios tienen cada uno su legislación particular así que Estados Unidos vendría a formar un mundo propio en su situación interna lo que a otros países puede ser la comparación mundial.-

Luego de la sinopsis de todos los países queda por ver la obra cumplida por una institución de carácter mundial, que a través de los proyectos y recomendaciones enviados por los representantes de todo el mundo, trata siempre en lo posible de legislar en forma universal pero teniendo en cuenta las particulares características de los países que la componen en su Consejo. Este organismo es la Organización Internacional del Trabajo. Esta Conferencia se reúne

anualmente y de estas distintas reuniones solo se han estudiado las que interesan por que se relacionan con el tema del trabajo y que son las reuniones de 1919; 1921; 1925; 1929; 1934; 1935; 1936 y 1937 donde se declara el conflicto mundial y se suspenden en principio estas conferencias pero quedando establecido en todas las naciones miembros que se iba a estudiar la promulgación de leyes que implantasen el seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y la organización sistemática de su prevención.-

Se llega finalmente a la legislación de las leyes de la República Argentina.- La ley que regula la legislación argentina es la n° 9.688 del 11 de Octubre de 1915 cuyos preceptos fueron reglamentariamente desenvueltos mediante el decreto del 14 de Enero de 1916.- Sufrió distintas modificaciones desde su implantación hasta llegar a la última del año 1955 donde se modifican las indemnizaciones que deban ser abonados a las víctimas como consecuencias de las secuelas que puedan dejar los accidentes sufridos.-

Nuestra ley comprende a obreros, empleados y aprendices excluyendo expresamente el servicio doméstico.-

Además de la muerte del obrero los distintos tipos de incapacidades pueden ser la temporal, y la parcial permanente o absoluta.- La indemnización se satisface en forma de capital y la indemnización máxima alcanza a \$n 30.000,00.- En caso de muerte debe pagarse además la suma de \$n 800,00 por gastos de entierro; dejando también establecido que todos los accidentes llevan anexas las asistencias medica-farmacéutica.-

Con lo expuesto queda resumido el capítulo primero del trabajo pasando luego a la introducción y consideraciones generales del seguro de accidentes del trabajo.-

Previamente al estudio detenido del seguro se da una idea general sobre la historia y fundamento de la creación del seguro de accidentes para fundamentar su existencia y beneficios.-

Es así que se estudia como puede ser conveniente para una compañía o empresa el asegurar a su personal contra los accidentes del trabajo en una compañía aseguradora en lugar de formar sus propias reservas o de correrse el albur de no poseer seguro y dejar todo supeditado al destino.-

Nuestro Código de Comercio estipula en sus distintos artículos lo que se entiende por seguro y las disposiciones que se refieren a los mismos.- Reglamenta todo lo relacionado con los seguros terrestres pero no en particular sobre el de accidentes del trabajo, que se encuentra comprendido directamente en la ley n° 9.688.-

El objeto del seguro de accidentes del trabajo es de indemnizar a las personas aseguradas de todos los perjuicios ocasionados por un accidente sobrevenido durante el trabajo habitual sin excepción de ninguna índole en cuanto a la calidad o condiciones en que se desarrolle el trabajo.-

El personal asegurado deberá figurar en los libros de sueldos y jornales que la compañía le ofrece para incluir en él a todas las personas que están a su cargo o a sus órdenes.- Estas planillas tienen un sinnúmero de inconvenientes fundamentados todos

en la mala fé del asegurado.- Es un punto árido y fundamental para la compañía de seguros que no tiene defensa alguna ante el incumplimiento por parte del asegurado de lo pactado a la firma del contrato de seguro.-

Los riesgos previstos se enumeran en las condiciones generales de las pólizas donde se especifican cuales son los que están cubiertos y cuales no corresponde asegurar.- Dentro de estos riesgos se encuentran incluídas también las enfermedades profesionales que se detallan taxativamente en la ley n° 9.688.-

El premio de la póliza se calculará al término de la misma y de acuerdo al importe total de los sueldos y jornales que abone el asegurado durante la vigencia de la póliza por todo concepto. Es decir, que el premio de la póliza tiene dos liquidaciones: la provisoria al emitirse el seguro y la definitiva a su vencimiento. Se denomina premio de la póliza al importe que resulta de sumarle a la prima original todos los recargos que ella sufre a raíz de los decretos emanados de la Superintendencia de Seguros de la Nación.-

Salvo en los casos de trabajos que se realicen dentro de un período menor de un año, no deben emitirse pólizas con mayor ni menor vigencia que la de un año.- Todas las pólizas comienzan a partir de las doce horas del día de iniciación hasta las doce horas del día del vencimiento.- Se admiten prórrogas por parte de la compañía, de vigencia en condiciones iguales de contratación siempre que no haya alteración en el riesgo original.-

La compañía entrega al asegurado unos formularios donde consta la denuncia del accidente que debe ser llenado y enviado a

la compañía dentro de la 24 horas de producido el accidente.- En dichos formularios el asegurado debe llenar todos los datos individuales tanto del accidentado como del asegurado con especificación clara de todo lo relacionado con el accidente.- Recibida la denuncia por parte de la compañía esta forma el legajo individual y espera la fecha de alta para abonar la indemnización correspondiente.

Consiste la asistencia médica-farmacéutica en que el obrero lesionado tiene la libre elección del o de los facultativos que han de asistirle como consecuencia del accidente o enfermedad profesional acaecida.- Es de hacer notar que el obrero tiene esta elección cuando el asegurado ha pagado en el premio de la póliza la inclusión de la asistencia médica farmacéutica que se presta y se cobra de acuerdo con la ubicación del riesgo.-

La rescisión del seguro del contrato de accidentes del trabajo puede deberse ya sea por parte del asegurado o como por parte de la compañía de seguros.- El asegurado puede hacer rescindir la póliza cuando cesare en la explotación de la empresa o industria objeto del seguro, o por causa de fuerza mayor debidamente justificada por el asegurado ante la compañía.- La compañía a su vez puede rescindir la póliza cuando el asegurado falsea los datos de los sueltos y jornales invertidos y la compañía puede comprobar que no es verdad que se han invertido los declarados por el asegurado, sino con exceso una suma mayor.-

La modificación del riesgo puede ser ya sea por cambio de negocio o directamente por modificación de las tareas que cumplía habitualmente las personas amparadas por la póliza.- Corresponde entonces que el asegurado informe a la compañía quien entonces por medio de un endoso rectificará la póliza.-

Al suscribirse la póliza, la compañía de seguros subroga al asegurado en todas las acciones judiciales que se entablen contra dicho asegurado.- Si el obrero víctima del accidente o sus derechohabientes, optando por la acción de indemnización especial que le confiere la ley n° 9.688 y sus modificaciones, iniciaran juicio contra el asegurado, la compañía tomará a su cargo la defensa.-

En ese caso la compañía de seguros designará el abogado y procurador que defiendan y representen al asegurado, y serán por cuenta de la misma las resultancias del juicio.-

El asegurado no podrá hacer arreglo judicial o extrajudicial sin previo consentimiento por escrito de la compañía.-

Las demandas iniciadas hoy por los obreros contra las compañías de seguros han dejado de tener ya un acto por el cual se reclama una injusticia en la liquidación de su indemnización sino ya una rutina obligada por parte de todos los obreros que han sufrido accidentes y que han dejado en su cuerpo alguna incapacidad.- Se ha perdido la función social que tenía la defensa que le concede la ley 9.688 para pasar a ser una actividad lucrativa por parte de quien la inicia con el objeto de ver si a lo mejor por sentencia del juez puede conseguirse un adicional sobre la suma percibida.-

Se encuentra en la Comisión de Trabajo de la Cámara de Diputados de la Nación, un proyecto de reforma a la ley 9.688.- Por la misma se establece de aumentar el máximo indemnizable a la suma de \$n 80.000,00 además de suprimir el medio jornal cuando la indemnización sea temporal como el aumentar también los gastos de entierro.

Como corolario de lo expuesto, el futuro de los seguros de accidentes del trabajo nunca se podrá predecir, en base a las regla-

mentaciones vigentes, las proyectadas reformas, la situación individual de conveniencia de realizar el seguro o no y por el auto-seguro que hoy en día ha tomado gran incremento.-

Además, mientras no deje de considerarse al seguro de accidentes del trabajo como una válvula de escape para recuperar el lucro cesante, sino como una prevención de seguridad para la buena aplicación de las leyes de indemnización de esos accidentes, y que no pueda abarcar por igual al obrero honesto, lastimado en efectiva labores obreras, del que para poder justificar su inasistencia al trabajo. por lastimaduras o lesiones ajenas al mismo, invoca como accidente del trabajo a negligencias suyas, abusando del respaldo de la póliza de accidentes, que la compañía debe abonar por así haber contratado con el asegurado a la emisión de la póliza.-