

Seguro contra accidentes de trabajo: Lo que debe hacer si se lesiona en el trabajo

En general, el propósito de la Ley del seguro contra accidentes de trabajo de Carolina del Norte (Workers' Compensation Act, N.C.G.S. 97-1 et seq.) es instaurar un sistema de pagos monetarios que pueda ser de ayuda financiera parcial cuando se pierde la capacidad de ganar un ingreso. Este sistema reemplaza el derecho de entablar una demanda en el sistema jurídico anglo-norteamericano con o sin origen legislativo. Todo estado tiene una ley o sistema de esta índole, en una forma u otra.

Más del 90% de las reclamaciones al seguro contra accidentes de trabajo en este estado se procesa todos los años sin polémica. El 10% restante generalmente involucra cuestiones legales, médicas o ambas, y estos casos se litigian a nivel administrativo ante la Comisión Industrial, primero mediante la mediación y si no hay resolución, mediante audiencias. Es posible hacer una apelación a la Comisión Industrial plenaria y luego al sistema de Tribunales de Apelación de este estado.

El propósito de este panfleto es proporcionar recordatorios con respecto a las responsabilidades que tanto los empleados como los empleadores tienen en caso de un accidente en el trabajo o de una enfermedad que se cree estar relacionada con o causada por el empleo.

¿Quién está sujeto a la Ley del seguro contra accidentes de trabajo de Carolina del Norte?

No todos los que trabajan en Carolina del Norte están cubiertos. Un empleado está cubierto si trabaja para un empleador que contrata a tres o más personas con regularidad como empleados de tiempo completo o de tiempo parcial, o si trabaja para un subcontratista en el ramo de la construcción, o si el empleador tiene el seguro contra accidentes de trabajo (un empleador puede comprar este seguro aunque emplee menos de tres personas). Toda persona que trabaja para el estado o uno de sus condados o municipalidades está cubierta. Toda persona que trabaja con o alrededor de materiales radiactivos está cubierta, sin tener en cuenta el número de empleados que haya.

Los trabajadores agrícolas no están cubiertos a menos que trabajen para un empleador que emplea, con regularidad, a diez o más trabajadores agrícolas a tiempo completo y sin que sean trabajadores de temporada.

El personal doméstico casero no está cubierto, ni tampoco los contratistas independientes. Los trabajadores que se emplean de vez en cuando para trabajar en algo que no tiene que ver con el negocio del empleador, no están cubiertos; ni tampoco los que trabajan para los ferrocarriles (éstos últimos están cubiertos por otras leyes estatales).

Los empleados del Gobierno Federal están cubiertos por la Ley de indemnización de empleados federales (FECA por sus siglas en inglés), cuyo sistema es totalmente separado del sistema del seguro contra accidentes de trabajo de Carolina del Norte. Todo trabajador federal tiene derechos solamente de acuerdo con FECA aunque viva y trabaje en Carolina del Norte.

Los trabajadores marítimos (constructores navales, trabajadores portuarios, estibadores) están cubiertos exclusivamente por la Ley de estibadores y trabajadores portuarios y/o la Ley Jones, otro sistema totalmente separado del seguro contra accidentes de trabajo de Carolina del Norte.

Lo que debe hacer si se lesiona en el trabajo o si le diagnostican una enfermedad o condición relacionada con el trabajo

El empleado, si es físicamente capaz, debe informar a su supervisor inmediatamente de cualquier lesión que haya ocurrido en el trabajo, incluso el tiempo y la fecha de la lesión, la manera en que ésta ocurrió y la naturaleza de la misma. El empleado también le debe notificar al supervisor inmediatamente si un médico le informa, o si el empleado cree, que tiene una enfermedad o condición relacionada con o causada por su trabajo. Después de la notificación verbal inmediata, el empleado debe presentar un informe escrito de la lesión o enfermedad lo antes posible, pero siempre antes de los treinta (30) días.

Los empleadores generalmente proveen los formularios que los empleados deben llenar. Si éstos no se proveen, el empleado debe escribir un informe completo, a máquina o en su letra, firmarlo y entregárselo a su empleador, guardándose una copia. La Comisión Industrial exige que el empleador le proporcione al empleado el Formulario 18. De todos modos, el empleado debe pedirle a su empleador el Formulario 18, o si fuera necesario, pedirselo a la Comisión Industrial. El empleado lo debe llenar y dárselo a su empleador para que éste le suministre una copia a la Comisión Industrial.

La Comisión Industrial le proporciona también otros formularios a los empleado-res, con los cuales los empleadores deben mantener un registro de todas las lesiones recibidas por los empleados en el trabajo durante el transcurso del empleo. Si un empleado falta al trabajo por más de un día debido a una lesión o si los costos de los servicios médicos exceden cierta cantidad establecida por la Comisión Industrial, el empleador debe presentar un informe escrito sobre esa lesión antes de los cinco (5) días. El formulario que está en uso actual para la transmisión de dichos informes, se conoce como el Formulario 19 de la Comisión Industrial. Dependiendo de la naturaleza y el alcance de la discapacidad, se le podrá exigir al empleador presentar otros informes suplementarios en otros formularios de la Comisión Industrial.

Seguro contra accidentes de trabajo

En Carolina del Norte, todo empleador sujeto a esta ley debe mantener su capacidad de pagar los beneficios por accidentes de trabajo, ya sea mediante la compra de un seguro contra accidentes de trabajo de una entidad aseguradora comercial quien cubrirá dichos beneficios o al demostrar su solvencia financiera si el empleador decide autoasegurarse. Existen requisitos muy estrictos para los empleadores que deciden autoasegurarse, ya que deben presentar pruebas para demostrar su solvencia financiera para cubrir los riesgos por sí mismos o a través de su asociación en un grupo de dos o más empleadores.

Gran parte de las reclamaciones por accidentes de trabajo se administran a través de la entidad aseguradora que mantiene el seguro contra accidentes de trabajo o, en caso de un empleador que se autoasegura, a través de un administrador de reclamaciones.

Exigencias respecto a ciertos períodos de tiempo

El empleado debe entregarle al empleador un aviso por escrito de toda reclamación, lo antes posible después de ocurrir la lesión, pero siempre, antes de los treinta (30) días. A su vez, el empleador debe suministrar antes de los cinco (5) días y en el formulario exigido, un informe de toda lesión, de acuerdo con los requisitos que se mencionaron anteriormente.

Toda reclamación que se acepta por la entidad aseguradora/empleador autoasegurado como que cae dentro de la Ley del seguro contra accidentes de trabajo también se conoce como una reclamación "indemnizable". Si la entidad aseguradora/empleador autoasegurado está de acuerdo en que la reclamación es indemnizable y que se pagarán los beneficios, entonces la entidad aseguradora/empleador autoasegurado puede presentar el Formulario 21 de la Comisión Industrial denominado "Acuerdo para indemnización por discapacidad", a la Comisión Industrial después de que todas las partes lo hayan firmado, incluso el empleado. Otro formulario que se usa es el Formulario 60 de la Comisión Industrial de Carolina del Norte, que el empleado no firma, pero que es presentado por la entidad aseguradora/empleador autoasegurado y que reconoce que la reclamación es indemnizable.

El mero pago de los gastos médicos, sin la ejecución y presentación del Formulario 21 o del Formulario 60, no obliga a la entidad aseguradora/empleador autoasegurado a pagar los demás beneficios y tampoco reconoce la indemnizabilidad ni aceptación de la reclamación.

De hecho, un empleado podría recibir uno o más cheques mientras que no está trabajando, pero eso de por sí, no es un reconocimiento de indemnizabilidad ni aceptación de la reclamación. La entidad aseguradora/empleador autoasegurado pueden presentar el Formulario 63 de la Comisión Industrial que sencillamente dice que ésta/éste está pagando los beneficios al empleado de manera temporal pero que investigará la reclamación y se reserva el derecho de posteriormente denegarla. La entidad aseguradora/empleador autoasegurado luego tiene noventa (90) días (con la posibilidad de una extensión de treinta días) a partir de la fecha en que el empleador escribió o realmente dió el aviso de lesión (la fecha que primero ocurre), y dentro de cuyo período puede denegar la reclamación y disputar su indemnizabilidad. Si la entidad aseguradora/empleador autoasegurado, dentro de dicho período, no presenta una denegación escrita a la reclamación, ya no podrá disputar su indemnizabilidad a menos que posteriormente se descubran pruebas significativas que antes, razonablemente, no se podrían haber descubierto.

Si la entidad aseguradora/empleador autoasegurado deniega la indemnizabilidad de la reclamación, entonces ésta/éste debe presentar el Formulario 61 de la Comisión Industrial de Carolina del Norte, indicando que ha denegado la reclamación y dando la o las razones por haberlo hecho.

Si un empleado cree que tiene una reclamación indemnizable, es importante que se registre el Formulario 21 o el Formulario 60, o que se registre un Formulario 63 para que no se convierta en una denegación en del período de noventa días. Si nada de eso se hace, o si se deniega la reclamación, entonces el empleado debe, sin falta, registrar el Formulario 18 en treinta (30) días. Este registro se puede hacer hasta dos años después de la fecha de la lesión reclamada o hasta dos años después del momento en que un médico u otra autoridad médica competente le dijo al empleado de que tenía o pudiera tener una enfermedad o condición relacionada con el trabajo, con tal que el empleador no quede perjudicado por la demora en el

registro.

¿Qué beneficios existen según la Ley del seguro contra accidentes de trabajo de Carolina del Norte?

Los gastos médicos durante el período de curación están cubiertos. Estos incluyen servicios médicos, quirúrgicos, de hospital y de enfermería; materiales y artículos médicos y quirúrgicos; servicios de rehabilitación; miembros ortopédicos y otras prótesis; algunos servicios quiroprácticos; medicamentos recetados; y gastos de viaje de más de diez millas en una dirección para acudir a citas médicas. También podrían estar cubiertos otros tratamientos que son “razonablemente necesarios” o “médicamente necesarios”.

Los **gastos médicos futuros** caen en una de dos categorías. Si la lesión ocurrió antes del 5 de julio de 1994, entonces el empleado con una reclamación indemnizable puede conseguir indemnización médica por el tiempo necesario siempre que se relacione a la reclamación y potencialmente para el resto de su vida. Si la lesión ocurrió el 5 de julio de 1994 o después, por lo general, el derecho a recibir pagos por gastos médicos futuros cesa dos años después de la fecha del último pago de cualquier indemnización, incluso la indemnización médica. Ese período se puede prolongar si el empleado presenta el Formulario 18M antes de terminar el período de dos años.

En algunos casos, es posible que el empleado quede lesionado tan gravemente que no puede volver al trabajo, lo cual le da derecho a beneficios **temporales por discapacidad total** (TTD por sus siglas en inglés) por el tiempo que ha faltado al trabajo. Durante los primeros siete días en que está sin trabajar, una persona no puede recibir nada, pero puede empezar a recibir beneficios por estar sin trabajar a partir del día ocho. Una vez que se exceden los veintiún días de no poder trabajar, también se indemnizarán los primeros siete días.

La tasa de indemnización es la cantidad del TTD que un trabajador lesionado recibe mientras que está sin trabajar; esta cantidad, usualmente, se paga por semana, aunque no siempre es así. Esa tasa representa dos tercios del sueldo semanal promedio ganado por ese trabajador durante el período de cincuenta y dos (52) semanas de trabajo con el mismo empleador antes de quedar lesionado. Esto incluye las horas extras y en algunas circunstancias, puede incluir otras cosas como por ejemplo, un subsidio de vivienda. Para calcular la tasa de indemnización, se toma el total de ese período y se divide por 52 para obtener el sueldo semanal promedio. Según la ley, existen varios métodos diferentes que se pueden usar para calcular el sueldo semanal promedio y llegar a una cifra que sea justa tanto para el empleado como para el empleador. También existe una tasa de indemnización máxima que corresponde a cada año, de modo que los TTD, es decir, los beneficios semanales, sean dos tercios del sueldo semanal promedio o la tasa máxima, la que menor sea; es más, el sueldo semanal promedio se refiere al sueldo bruto o al sueldo antes del pago de impuestos y no al sueldo neto después del pago de impuestos u otras deducciones.

Un trabajador lesionado puede volver al trabajo con un ingreso u horas reducidas, mientras que se está sanando o durante su tratamiento y eso permitirá que el empleado reciba beneficios **temporales por discapacidad parcial** (TPD por sus siglas en inglés). Básicamente, esos se pagan a una tasa semanal de dos tercios de la diferencia entre lo que éste estaba ganando antes de lesionarse y lo que está ganando después de haberse lesionado. Estos beneficios continúan solamente por trescientas semanas desde la fecha de la lesión.

Otro beneficio que posiblemente esté disponible es la **discapacidad permanente** o los beneficios **permanentes por discapacidad parcial** (PPD por sus siglas en inglés). Una vez que el médico del trabajador determine que no se espera un mejoramiento o empeoramiento significativo en la condición médica de éste en el futuro, el trabajador ha llegado al punto del “mejoramiento médico máximo”, lo cual se considera ser el final del período de curación. El médico podrá designar cierto porcentaje de clasificación a la parte del cuerpo que se lesionó. Por ley, existe una clasificación de beneficios que se puede usar para calcular la cantidad de dólares de dicha clasificación, en términos de PPD. Por ejemplo, una clasificación PPD del 10% de la espalda, se traduce a treinta semanas de pagos PPD a la tasa de indemnización del trabajador lesionado. Se llega a esta cifra porque la clasificación de lesiones dispone que una persona con una discapacidad del 100% de la espalda puede recibir trescientas semanas de indemnización y el 10% de trescientas semanas es treinta semanas.

Si el trabajador no ha vuelto a trabajar por el mismo sueldo o uno mayor al que estaba ganando al momento de lesionarse, entonces puede optar que se le pague el beneficio por la pérdida parcial del sueldo hasta el límite máximo de trescientas semanas, en vez de usar la clasificación de lesiones.

En algunos casos trágicos, un trabajador puede quedar permanentemente discapacitado y no podrá volver a trabajar. El trabajador tiene la responsabilidad de establecer que está total y permanentemente discapacitado y que no puede volver a ejercer ninguna ocupación, no solamente la ocupación que causó la lesión. En ese caso, el trabajador recibirá beneficios médicos por el resto de su vida y también se le pagará su tasa de indemnización semanal por el resto de su vida. Esta tasa no aumenta con el transcurso de los años.

De por sí, no existen beneficios por lo que se conoce como “dolor y sufrimiento”.

Beneficios en caso de muerte

Si a raíz de las lesiones ocurre la muerte, se harán pagos de indemnización por un período de cuatrocientas semanas a partir de la fecha de muerte y los pagos serán iguales a lo que hubieran sido los beneficios TTD. La muerte debe haber ocurrido de una lesión o enfermedad del oficio indemnizable y antes de los seis años después de la fecha de la lesión, o debe haber ocurrido antes de los dos años de la determinación definitiva de la discapacidad, la que más tarde ocurra. Si se le hace el pago a una viuda o un viudo discapacitado, entonces dichos pagos continuarán durante la vida de ésta/e o hasta que ésta/e se vuelva a casar. Los pagos de indemnización a un hijo dependiente continuarán hasta que dicho hijo logre los dieciocho (18) años de edad. Las personas que tienen derecho a recibir beneficios en caso de una muerte son aquellas que dependieron, total o parcialmente, del difunto. En la ley, existe la presunción de que un viudo, una viuda o un hijo es un dependiente total.

Si el empleado difunto no deja a nadie como dependiente total o parcial, entonces la indemnización es pagadera al “pariente más cercano” y eso se limita a padres, hijos o hermanos del difunto, incluso hijos mayores de edad o hermanos mayores de edad.

También se permiten gastos de entierro hasta dos mil dólares.

Otros beneficios

En algunas circunstancias, una lesión que ha causado una “desfiguración”, puede resultar en el pago de indemnización para la misma. La ley distingue entre la desfiguración de la cara o cabeza y la desfiguración de otra parte del cuerpo. La cantidad máxima para la primera es de veinte mil dólares y para la segunda, de diez mil dólares. Para la desfiguración de la cara o cabeza, se concederá la cantidad cuando se defina el grado de la desfiguración, pero para otras partes del cuerpo, se tendrá que comprobar que la desfiguración afecta la capacidad del empleado de ganar un sueldo.

Si uno pierde un órgano importante del cuerpo como resultado de una lesión o enfermedad del oficio, se puede recibir hasta un máximo de veinte mil dólares. La pérdida debe ser permanente. Un ejemplo sería la lesión permanente de un pulmón, a menos que dicha lesión haya causado que el empleado esté total o parcialmente discapacitado y que ya no puede volver a trabajar.

Se indemnizará la pérdida de la audición o de una parte de la misma en un oído o en ambos, o la pérdida de la vista o una parte de la misma en un ojo o en ambos.

Recursos judiciales o extrajudiciales

Por lo general, los derechos de un trabajador lesionado se limitan a aquéllos que concede el seguro contra accidentes de trabajo y no existe derecho de demanda a favor del trabajador lesionado contra su empleador. Sin embargo, un trabajador lesionado podría tener el derecho de demandar a un empleador que actuó de manera intencional y que sabía, con considerable certeza, que la acción causaría lesiones graves o muerte; pero esta es una situación extremadamente rara y se ha limitado a los Tribunales de Apelación.

Las reclamaciones denegadas

Todo empleado debe saber que si se deniega una reclamación, se **deberá** llenar un Formulario 18 de la Comisión Industrial de Carolina del Norte antes de transcurrir dos años desde la fecha de lesión o, en caso de una enfermedad del oficio, antes de transcurrir dos años desde la fecha en que el empleado fue notificado por una “autoridad médica competente” de la naturaleza laboral de su enfermedad o condición y el inicio de su discapacidad. Ésta es una regla absoluta y si no se registra el Formulario 18 en el período indicado, la reclamación quedará excluida para siempre y no importa el mérito que tenga.

Después de registrar el Formulario 18, el trabajador puede solicitar una audiencia con el Formulario 33 de la Comisión Industrial. Eso causa que la Comisión Industrial ordene la mediación de la reclamación. La mediación es un procedimiento usado por la Comisión para tratar de que haya una resolución voluntaria entre las partes. La Comisión utiliza a un tercero independiente para que sea el mediador que trata que las partes lleguen a un acuerdo. Esta mediación no tiene lugar en una sesión pública de un tribunal y tampoco se oye ningún tipo de testimonio oral. La Comisión Industrial tiene una lista de mediadores aprobados y con experiencia para los casos de accidentes de trabajo y su correspondiente indemnización. Las partes pueden ponerse de acuerdo acerca de un mediador específico o la Comisión Industrial nombrará uno. Con eso, todas las partes, junto con el mediador, se reúnen a una hora y en un lugar preestablecidos y tratan de encontrar una resolución a la reclamación. La diferencia entre un mediador y un árbitro es que el mediador sólo puede usar sus habilidades y métodos

para animar a las partes a que encuentren una resolución voluntaria, pero no puede ordenar a las partes que hagan algo. La resolución es voluntaria, pero la mediación no lo es. Las partes tienen que participar en dicha mediación, aunque en ocasiones muy raras, la Comisión puede eximir a las partes de esa mediación, al haber recibido una solicitud por escrito a tal efecto. Estos procedimientos de mediación de la Comisión Industrial, resultan en que quede resuelto un 75% de los casos que realmente pasan a mediación.

Si la reclamación no se resuelve a través de la mediación, entonces se pasa a un Comisionado Adjunto – un juez de la Comisión Industrial – para que se conozca. Las pruebas se presentan en un tribunal en sesión pública a través del testimonio oral de los testigos. Normalmente, se estipula (o se acepta) que los registros médicos formen parte de las pruebas del expediente. Cualquier testimonio médico que se necesite de algún especialista, generalmente se toma a través de una declaración jurada oral después de la audiencia en el consultorio del médico. Después de eso, el Comisionado Adjunto da su decisión o laudo emitiendo, por escrito, su “Opinión y Laudo”. Existe el derecho de apelar la Opinión y Laudo a la Comisión Industrial plenaria. Se oye la apelación y un panel de tres comisionados la decide. De ahí, puede apelarse al Tribunal de Apelaciones y quizás hasta la Corte Suprema de Carolina del Norte.

Lo que el seguro contra accidentes de trabajo no cubre

Lo que comúnmente se conoce como “dolor y sufrimiento” no se indemnizará. Un dolor continuo puede contribuir a una discapacidad que podría ser indemnizable, pero el dolor en sí no lo es.

La entidad aseguradora/empleador autoasegurado no cubre una segunda consulta con otro especialista automáticamente, a menos que la Comisión Industrial ordene dicha consulta, o la entidad aseguradora/empleador autoasegurado la apruebe por adelantado. Salvo que a cada parte se le permite una segunda consulta con otro especialista cuando es cuestión de una clasificación de lesiones y solamente cuando es una discapacidad parcial permanente.

En una reclamación disputada, por lo general, no se exige que los honorarios de los abogados que representan a una de las partes sean pagados por otra parte. Han existido excepciones, pero son extremadamente raras. Es más, la Comisión Industrial debe aprobar los honorarios del abogado del empleado antes de que se paguen.

Si las lesiones del trabajador fueron causadas por la negligencia de alguien o por una compañía para quien el trabajador no estaba trabajando al momento de lesionarse, entonces surge lo que se conoce como “una reclamación a terceros” por negligencia. Esa demanda no se registra con la Comisión Industrial sino que es una acción civil entablada ante un tribunal estatal o federal, dependiendo de las circunstancias. El mejor ejemplo sería: un choque de vehículos motorizados en el cual un trabajador de la Compañía A es chocado por un conductor empleado por la Compañía B. El trabajador tiene recurso a su reclamación ante el seguro contra accidentes de trabajo (siempre que esté dentro del transcurso y alcance de su empleo en ese momento) y también a una querrela o demanda por negligencia contra la Compañía B y su empleado.

El número de teléfono de la Comisión Industrial de Carolina del Norte es 1-919-807-2500. La Comisión Industrial también tiene una oficina que se dedica a tratar de contestar preguntas y a resolver algunos problemas por teléfono, esos números son: 1-800-688-8349 y 1-919-807-2501. Toda vez que llame a la Comisión, pida que ésta le envíe una copia del último Boletín de la Comisión.

La página en la Web de la Comisión Industrial es: www.comp.state.nc.us y los formularios mencionados en este panfleto se pueden encontrar en dicha página.

Este panfleto fue preparado como servicio público por la sección de Compensación Laboral y no pretende ser una declaración comprensiva de la ley. Las leyes de Carolina del Norte cambian con frecuencia y pueden afectar la información dada en este panfleto. Si usted tiene alguna pregunta específica con respecto a los asuntos mencionados en éste, se le pide consultar con un abogado. Si necesita un abogado y no sabe de ninguno, sírvase comunicarse con el Lawyer Referral Service (Servicio de remisión a abogados) de Carolina del Norte, un programa sin fines de lucro y de servicio público del Colegio de Abogados de Carolina del Norte. La llamada es gratuita: 1-800-662-7660. Residentes del condado de Wake, sírvanse llamar al 919-677-8574.