



Procedimientos de reclamos contemplados en la Ley N°16.744 y sus reglamentos

Recurso procesal es el medio que concede la ley procesal para la impugnación de las resoluciones, a efectos de subsanar los errores de fondo o los vicios de forma en que se haya incurrido al dictarlas. El acto de recurrir corresponde a la persona que se sienta lesionada por la resolución.

Al igual que las resoluciones judiciales, la Ley N°16.744 también ha establecido recursos destinados a modificar o dejar sin efecto las resoluciones dictadas por los Organismos Administradores del Seguro Social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales que contempla esa ley.

Las resoluciones respecto de las cuales con más frecuencia se interponen los recursos que la ley N°16.744 franquea, son las de calificación de siniestros laborales, las relativas a la constitución de beneficios económicos, como indemnizaciones y pensiones y las de fijación de tasas de cotización adicional diferenciada, sin perjuicio de que existen muchas otras que también pueden ser objeto de tales impugnaciones.

Para emitir la correspondiente resolución, por ejemplo aquella que determine si un accidente es o no del trabajo o trayecto, los organismos administradores de este Seguro Social deben verificar los hechos que rodearon al siniestro y analizar si éstos se enmarcan en las normas pertinentes de la Ley N°16.744 y de sus reglamentos.

Sin embargo, el si el afectado con esa resolución tiene fundamento para estimar que ella consideró inadecuadamente los hechos o el derecho, puede solicitar que se modifique o deje sin efecto, lo que debe hacer a través de los recursos establecidos al efecto. Quienes pueden interponer esos recursos son, según sea el caso, los trabajadores, los pensionados, los derecho-habientes o los empleadores.

I. Solicitud de reconsideración de resoluciones:

El afectado por una resolución emitida por la Achs puede solicitar a la misma que estudie nuevamente los antecedentes del caso, de hecho o de derecho, sea porque no se consideró un cierto punto de vista, o porque no se tuvieron presentes algunos antecedentes o porque se interpretó incorrectamente alguna disposición legal o reglamentaria, con el objeto de que la deje sin efecto, la corrija, la aminore o la cambie.

II. Recurso especial de reconsideración contemplado en el D. S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y previsión social, que regula la cotización adicional diferenciada:

En contra de la resolución que fija la tasa de cotización adicional diferenciada procederá el recurso de reconsideración, el que deberá interponerse ante la secretaría regional ministerial de salud o la Mutualidad que emitió la resolución, dentro de los quince días siguientes a su notificación, señalando las razones que fundamentan la reconsideración solicitada. Dicho recurso deberá resolverse dentro de los treinta días siguientes a su interposición. Lo anterior, es sin perjuicio del recurso de reclamación ante la Superintendencia de Seguridad Social, establecido en el inciso tercero del artículo 77 de la Ley N°16.744. La Superintendencia podrá solicitar, si lo estima pertinente, informe de la Secretaría Regional Ministerial de Salud correspondiente, el que deberá informar en el plazo de quince días. En caso de haberse solicitado la reconsideración de la resolución, el plazo para interponer la reclamación correrá a contar desde la notificación de la resolución que se pronuncie sobre la reconsideración.

III. Recurso de reclamación ante la COMERE:

Este recurso procede en contra de las siguientes resoluciones:

- A. Resoluciones de invalidez por enfermedad profesional dictadas por las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) dependiente de las SEREMI de Salud respectivas, recaídas en cuestiones de hecho que se refieran a materias de orden médico.
- B. Resoluciones de invalidez, por secuelas de accidentes del trabajo, dictadas por las Comisiones de Evaluación de Incapacidades de las Mutualidades de Empleadores, recaídas en cuestiones de hecho que se refieran a materias de orden médico.

Este recurso debe interponerse ante la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (COMERE), dentro del plazo de 90 días hábiles. Solo pueden interponer este recurso los trabajadores o el respectivo organismo administrador, en su caso.

IV. Recurso de apelación ante la Superintendencia de Seguridad Social:

Este recurso procede en contra de las resoluciones dictadas por la Comisión Médica de Reclamos (COMERE). Debe interponerse por escrito ante la Superintendencia de Seguridad Social, dentro del plazo de 30 días hábiles.

V. Recurso de reclamación ante la Superintendencia de Seguridad Social:

Procede en contra de las demás resoluciones de los Organismos Administradores del Seguro Social Obligatorio de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, es decir, aquellas que no sean objeto del recurso de reclamación ante la COMERE. Este recurso también se debe interponer directamente ante la Superintendencia de Seguridad Social, en el plazo de 90 días hábiles.

Todos los plazos a que se ha hecho referencia, se deben contar a partir de la fecha de notificación de la resolución en contra de la cual se reclama o apela. Si la notificación se hace por carta certificada, el plazo se debe contar a partir del tercer día de recibida dicha carta en el Servicio de Correos.

VI. Recurso de reclamación ante la Superintendencia de Seguridad Social por rechazo de una licencia médica o de un reposo médico:

Dicho recurso se encuentra regulado en el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, señala la norma que, el trabajador afectado por el rechazo de una licencia o de un reposo médico por parte de los Servicios de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional o de las Mutualidades de Empleadores, basado en que la afección invocada tiene o no tiene origen profesional, según el caso, deberá concurrir ante el organismo de régimen previsional a que está afiliado, que no sea el que rechazó la licencia o el reposo médico, el cual estará obligado a cursarla de inmediato y a otorgar las prestaciones médicas o pecuniarias que correspondan, sin perjuicio de los reclamos posteriores y reembolsos, si procedieren.

En la situación prevista anteriormente, cualquier persona o entidad interesada podrá reclamar directamente ante la Superintendencia de Seguridad Social por el rechazo de la licencia médica o del reposo médico, debiendo ésta resolver, con competencia exclusiva y sin ulterior recurso, sobre el carácter de la afección que dio origen a ella.

El artículo 77 bis, inciso segundo, de la Ley N°16.744 señala que la Superintendencia debe resolver en el plazo de treinta días contados desde la recepción de los antecedentes que se requieran o desde la fecha en que el trabajador afectado se hubiere sometido a los exámenes que disponga dicho Organismo, si éstos fueren posteriores.

VII. Reclamos relativos a los servicios de orientación e información:

Es el requerimiento formulado por trabajadores, empleadores u otros beneficiarios del seguro de la Ley N°16.744, con la finalidad de manifestar su disconformidad respecto a la orientación, atención y/o información proporcionada por Achs. La forma y detalles para su presentación se encuentran detalladas en el capítulo V, letra A, título III del Libro VII del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de SUSESO.

Lo anterior señala que debemos responder en el plazo de diez días hábiles, contados desde la presentación del requerimiento.

Podrá formularse directamente en el número 600 600 2247 o por escrito, ya sea a través de correo electrónico dirigido a achs@achs.cl, o por correo postal a Ramón Carnicer N°163, Providencia, dirigido a Calidad de Servicio, indicando en el asunto "Disconformidad".