**Departamento de Accidentes Laborales del Estado de Massachusetts**

# Su Guía sobre el Sistema de Indemnización por Accidentes de Trabajo de Massachusetts

Para los trabajadores lesionados

# ¿QUÉ ES LA INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES DE TRABAJO?

Se ha implementado el sistema de indemnización por accidentes de trabajo de Massachusetts para garantizar que los trabajadores cuenten con la protección de un seguro en caso de sufrir una lesión en el trabajo o contraer una enfermedad ocupacional.

Bajo este sistema, los empleadores deben brindarles a todos sus empleados la cobertura de un seguro por accidentes de trabajo conforme a las leyes de Massachusetts. Este seguro paga el tratamiento médico necesario como consecuencia de la lesión y también una indemnización parcial por el salario perdido, luego de los primeros cinco días de invalidez. Al tener este seguro, su empleador se preserva de una acción que usted pueda iniciarle a causa de la lesión. No obstante, sí puede iniciarle una acción civil a un tercero.

Si su reclamación es impugnada por la aseguradora, si no recibe todas las prestaciones que considera que le corresponden, o tiene otros problemas para obtener las prestaciones de la indemnización por un accidente de trabajo, el Departamento de Accidentes Laborales (DIA) puede ayudarlo.

Esta guía le explicará brevemente qué le corresponde en caso de sufrir una lesión en el trabajo. Le dirá cuáles son sus obligaciones y cuáles son las obligaciones de su empleador y la compañía de seguro.

## A QUÉ NOS DEDICAMOS

Ante todo, el DIA es un sistema judicial alternativo que se ocupa de resolver las reclamaciones del seguro por accidentes de trabajo que son objeto de controversia. Nuestro personal de información al público responderá todas sus preguntas sobre las prestaciones de la indemnización por accidentes de trabajo y le informará cuáles son los procedimientos correctos a seguir para recibir dichas prestaciones.

Es importante que conserve todos los documentos que le hayan enviado su empleador o la aseguradora, y las copias de todos los formularios que haya completado para ellos. Si llama a nuestra línea de información, tenga preparados estos formularios, y lápiz y papel. También sería conveniente que anote sus preguntas antes para no olvidarse de preguntar nada.

Esta guía explica brevemente sus derechos y obligaciones conforme a la ley de accidentes de trabajo de Massachusetts. Después de leerla detenidamente, tendrá una idea general clara de cómo funciona nuestro sistema.

**Beneficios extrasalariales** – la ley de accidentes de trabajo de Massachusetts no exige la continuidad de la mayoría de los **beneficios extrasalariales**, como el seguro de salud. Comuníquese con su oficina de personal para saber cómo la lesión afectará a su seguro de salud y otras políticas, como la adjudicación de días por enfermedad y vacaciones.

**Importante:** El DIA tiene varios "formularios numerados" cuyo uso les exige a los empleadores y las aseguradoras para que usted esté siempre informado sobre las medidas que toman respecto de su reclamación. El número de teléfono del DIA aparece en estos formularios. Sin embargo, si tiene preguntas acerca de la información consignada en ellos, llame al ***Representante de Reclamaciones de la compañía de seguro, no al DIA***.

# DÓNDE COMENZAR

Form 101

The Commonwealth of Massachusetts
Department of Industrial Accidents – Department 101

DIA USE ONLY

EMPLOYER'S FIRST REPORT OF INJURY OR FATALITY

Cuando usted se lesiona en el trabajo, su **empleador** es quien inicia el proceso de reclamación. Si necesita atención médica, su empleador debe notificar los gastos médicos a la compañía del seguro por accidentes de trabajo. La aseguradora (la compañía que le otorga a su empleador el seguro por accidentes de trabajo) le entregará una tarjera con un número de reclamación que usted deberá darle al doctor para que las facturas por los gastos médicos se envíen directamente a la aseguradora. Si no recibe esta tarjeta inmediatamente después de su lesión, comuníquese con la aseguradora. La mayoría de los médicos necesitará este número. Cuando consulte a un médico u otro profesional sanitario, no deje de mencionarle que solicita tratamiento por una lesión ocupacional. Al aceptarlo como paciente, estarán acordando pasarle la cuenta por el tratamiento a la aseguradora. La aseguradora es responsable de pagar todos los gastos; usted no debe efectuar ningún copago.

Si usted queda incapacitado o imposibilitado de ganar su salario completo por un período de cinco días calendario o más, su empleador debe notificar su incapacidad a la compañía de seguro y al DIA mediante el formulario *Primer Informe del Empleador de Lesión/Muerte* (Formulario 101). Estos cinco días no deben ser consecutivos; se computan todos los días de incapacidad total o parcial.

Su empleador debe presentar este informe en siete días calendario, sin incluir domingos ni feriados judiciales, a partir del quinto día calendario de incapacidad. Si usted le notifica la lesión a su empleador después de haber estado incapacitado por cinco días o más, su empleador tiene la obligación de presentar el Formulario 101 dentro de los siete días posteriores a la fecha en que usted le comunicó efectivamente la lesión. Si su empleador no envía este informe a la aseguradora, usted mismo deberá dar aviso de la lesión a la compañía de seguro. Su empleador tiene que haber colocado en el lugar de trabajo un letrero que incluya, entre otros datos, el nombre y la dirección de la compañía del seguro por accidentes de trabajo. Si su empleador no ha colgado este letrero y se niega a darle el nombre de la compañía de seguro, la oficina de seguros del DIA intentará ayudarlo.

La **aseguradora** debe comenzar a hacerle pagos por el salario perdido o enviarle un aviso de denegación, que debe incluir los motivos de tal negativa, en los 14 días posteriores a la recepción del Formulario 101 enviado por su empleador. Esto significa que usted debe comenzar a recibir un cheque tres a cuatro semanas después de la lesión. Usted recibirá una indemnización por el salario perdido por los días en que estuvo incapacitado después de los primeros cinco días. No será indemnizado por los primeros cinco días de incapacidad a menos que su invalidez se prolongue por 21 días o más.

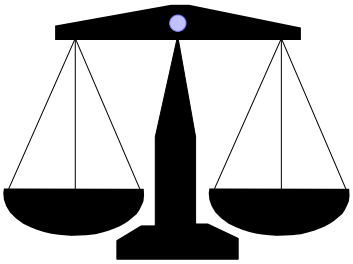
La aseguradora podrá pagarle las prestaciones por un máximo de 180 días sin haber tomado una decisión definitiva en cuanto a su caso. A esto se lo denomina período de "Pago sin perjuicio". Durante este

> **NOTA: El período de 180 días de "Pago sin perjuicio" puede ser extendido por la aseguradora hasta un año, con su consentimiento escrito, mediante la presentación del Formulario 105, *Acuerdo para extender el período de 180 días de pago sin perjuicio*. El Formulario 105 debe ser aprobado por el Departamento.**
>
> **Debe estar seguro de conocer todos sus derechos antes de dar su consentimiento o firmar cualquier otro documento.**

período inicial, la aseguradora puede interrumpir o reducir los pagos mediante notificación escrita de la interrupción o la reducción con siete días de anticipación. La compañía debe dar los motivos que la llevaron

a tomar tal medida. Si la aseguradora sigue efectuando los pagos después de este período, en la mayoría de los casos, necesitará su autorización o la autorización de un juez para interrumpir o reducir las prestaciones.

## ¿QUÉ OCURRE SI SU RECLAMACIÓN ES IMPUGNADA?



Si la aseguradora decide impugnar su reclamación, debe notificarle la negativa y sus motivos por correo certificado, y debe hacerle saber su derecho a presentar una reclamación ante este departamento. Si la aseguradora comienza a efectuar los pagos y luego los interrumpe o le solicite autorización al DIA para suspender sus prestaciones, se sigue el mismo procedimiento.

Si la aseguradora rechaza su reclamación inicial, usted puede apelar la decisión presentándose ante el DIA. Su reclamación **debe** presentarse mediante el Formulario 110, *Formulario de Reclamación del Empleado*. Debe completar el formulario **en su totalidad y con datos precisos**. Puede conseguir los formularios en nuestra página web www.mass.gov/dia, en cualquier oficina del DIA, o bien puede llamar a la Oficina de Información al Público al 617-727-4900, extensión 470.

Es necesario adjuntar cierta documentación al formulario de reclamación. En nuestro sitio web www.mass.gov/dia, encontrará una lista de la documentación necesaria y otros datos relacionados con la presentación de la reclamación ante el DIA.

Una vez que haya completado el formulario de reclamación, adjunte la documentación solicitada y envíe todo el paquete a: DIA, 600 Washington St., 7th Floor, Boston, MA 02111 (la dirección aparece impresa en la parte superior del formulario). **¡NO PRESENTE FORMULARIOS DE RECLAMACIÓN EN OFICINAS REGIONALES! Todos los formularios de reclamación deben presentarse en la Oficina de Boston.**

Usted también debe enviar una copia a la aseguradora. Por ley, su empleador debe brindarle el nombre y el domicilio de la aseguradora. Si su empleador se niega a darle esta información o no tiene seguro por accidentes de trabajo, dé aviso inmediato al DIA. Le recomendamos que guarde una copia del Formulario 110 en sus archivos. **Toda vez que concurra a una oficina del DIA para un procedimiento, no deje de traer consigo las notas enviadas por la aseguradora o el DIA junto con cualquier otra documentación pertinente, *especialmente el aviso en el que se le notifica el procedimiento*.**

### Conciliación

Cuando presenta el formulario de *Reclamación del Empleado* ante el DIA, o la compañía de seguro solicita autorización para interrumpir o modificar las prestaciones, se programa una reunión informal entre usted, la aseguradora y un conciliador de este departamento. Esta reunión, denominada Conciliación, normalmente tiene lugar dentro de los 12 días hábiles que nos lleva el procesamiento de su formulario de reclamación. En esta reunión informal, intentaremos llegar a un **acuerdo voluntario** entre usted y la aseguradora. En este procedimiento, no se dictan fallos. Si no se llega a un acuerdo voluntario, su reclamación queda en la misma situación que antes y su caso puede ser remitido a uno de nuestros jueces para una Conferencia. La aseguradora y usted también pueden convenir un arbitraje voluntario.

### Arbitraje voluntario

En cualquier momento antes de los cinco días previos a la Conferencia, usted y la aseguradora pueden convenir remitir el caso controvertido a un árbitro independiente. Nuestro departamento ya no intervendrá en su reclamación. Usted presentará su caso ante el árbitro. La compañía aseguradora también lo hará por su lado. Entonces, el árbitro dictará un fallo que tendrá valor vinculante para ambas partes.

### Conferencia

La Conferencia constituye un procedimiento informal ante un juez administrativo. El juez conoce la causa a partir de las presentaciones de ambas partes y la entrega de documentos, tales como informes médicos, declaraciones de salario y declaraciones juradas de testigos. No se cita a los testigos. Basta con que usted le diga al juez lo que ellos hubieran declarado. El testimonio no se da bajo juramento. Durante la Conferencia, usted deberá demostrar que tuvo una incapacidad, que ésta se produjo a causa de su trabajo y que los gastos médicos que son objeto de litigio se debieron a tratamientos necesarios. Después de la Conferencia, el juez dicta una orden que podrá exigirle a la aseguradora el pago de las prestaciones o disponer que ésta no está obligada a hacerle pagos.

Cualquiera de las partes puede apelar la Orden de la Conferencia. La apelación debe presentarse ante este departamento dentro de los 14 días posteriores al fallo. Si su apelación se basa en una cuestión médica, es necesario abonar un arancel de $450. Este arancel puede no aplicarse si usted puede probar que no tiene medios para pagarlo. Si alguna de las partes apela la orden, se programará una Audiencia formal ante el mismo juez.

### Audiencia

La Audiencia constituye un procedimiento más formal que se lleva a cabo frente al mismo juez administrativo que presidió la Conferencia. Se aplican las mismas reglas procesales en materia de prueba y se toma testimonio bajo juramento. La parte contraria cita a los testigos y hace las repreguntas. Un taquígrafo toma nota del procedimiento. El juez puede seguir reuniendo datos después de la Audiencia.

Cualquiera de las partes puede apelar el Fallo que surja de la Audiencia ante el Consejo Revisor. La Apelación ante el Consejo Revisor (Formulario 112) debe presentarse dentro de los 30 días posteriores a que se emite el fallo de la Audiencia. Por la apelación del fallo de la Audiencia, debe abonarse un arancel equivalente al 30% del salario semanal promedio del estado (al momento de la apelación).

### Consejo revisor

Este consejo está integrado por seis jueces, tres de los cuales examinan las transcripciones de la audiencia. Pueden solicitarle a cualquiera de las partes reseñas escritas o presentaciones orales. Este panel puede anular o ratificar la decisión del juez administrativo.

### Apelaciones ulteriores

Los fallos del Consejo Revisor pueden apelarse ante el Tribunal de Apelaciones de Massachusetts.

## CÓMO SE DETERMINAN LAS PRESTACIONES

La mayoría de las prestaciones se basa en su salario semanal promedio (AWW) anterior a la lesión (con inclusión de las horas extra, las propinas, etc.) que se calcula tomando, como máximo, las 52 semanas previas a la fecha de su lesión. Si aún no tiene la antigüedad necesaria en su actual trabajo como para determinar correctamente su AWW, la aseguradora puede tomar el salario real de un compañero de trabajo en un puesto similar al suyo con la antigüedad necesaria como para determinar el AWW o utilizar otro método.

### Beneficios médicos

Usted tiene derecho a recibir atención médica adecuada y razonable. También recibirá un viático por los traslados para las visitas médicas. En la primera visita a un médico u hospital, su empleador tiene derecho a designar un proveedor sanitario que pertenezca a su programa de proveedores de preferencia. Luego de la atención inicial, usted tiene derecho a elegir su propio proveedor. Puede cambiar estos proveedores una vez sin la autorización de la aseguradora. Para volver a cambiar de proveedor,

necesitará el acuerdo de la aseguradora. La aseguradora tiene derecho a pedirle que vaya a ver al médico de la compañía para que evalúe su incapacidad.

## Prestaciones por incapacidad total temporaria

Le corresponden prestaciones por una incapacidad total temporaria cuando la lesión lo inhabilita para trabajar, de acuerdo con su edad, capacitación y experiencia, durante seis días calendario o más (los días no deben ser consecutivos). Puede recibir estas prestaciones, como máximo, durante 156 semanas. La indemnización empieza a correr a partir del sexto día de incapacidad. No será indemnizado por los primeros cinco días de incapacidad excepto que su invalidez se prolongue 21 días o más. Nuevamente, los días no deben ser consecutivos.

Las prestaciones por una incapacidad total temporaria se calculan de acuerdo con sus ingresos brutos de las últimas 52 semanas previas a la lesión. Para determinar las prestaciones, tome su ingreso bruto real, con horas extra, bonificaciones, etc., y divida este número por la cantidad de semanas que trabajó, a fin de calcular su salario semanal promedio. Calcule el 60% de ese resultado y obtendrá el valor aproximado de su indemnización semanal. La suma máxima que puede recibir corresponde al salario semanal promedio del estado (SAWW) al momento de la lesión. El SAWW es fijado anualmente por la División de Empleo y Capacitación de Massachusetts.

## Prestaciones por incapacidad parcial

Si tiene capacidad laboral, pero el médico no lo autoriza a reintegrase plenamente a sus tareas, pueden corresponderle prestaciones por una incapacidad parcial, como máximo, durante 260 semanas. En ciertos tipos de incapacidad grave, puede recibir prestaciones, como máximo, durante 520 semanas.

Los pagos por incapacidad parcial equivalen al 60% de la diferencia entre su salario semanal promedio previo a la lesión y el salario semanal que es capaz de ganar tras la lesión. De acuerdo con este artículo de la ley, la indemnización máxima corresponde al 75% de lo que serían las prestaciones semanales por una incapacidad total temporaria. Por ejemplo: si le correspondieran $440 por semana en concepto de prestación por una incapacidad total temporaria, lo máximo que podría recibir en concepto de prestaciones parciales sería $330 por semana.

## Prestaciones por incapacidad total permanente

Si, como consecuencia de una lesión o una enfermedad ocupacional, sufre una incapacidad total permanente que le impide hacer cualquier tipo de trabajo, pueden corresponderle prestaciones permanentes. Recibirá las prestaciones durante todo el tiempo que no pueda trabajar. No es necesario agotar las prestaciones temporarias para solicitar prestaciones permanentes.

Usted recibirá dos tercios de su salario semanal promedio (o el 20% del SAWW, como mínimo), calculado a partir de las últimas 52 semanas previas a la lesión, hasta una cifra máxima equivalente al SAWW.

## Prestaciones por pérdida funcional permanente y desfiguración

Si su lesión produce una pérdida permanente de determinadas funciones corporales o deformidad cicatricial, puede recibir un pago único conforme al artículo 36 de la ley de accidentes de trabajo. Esta prestación se abona además de otros pagos, por gastos médicos, pérdida del salario, etc. Recibirá esta compensación adicional por cicatrices sólo sí éstas afectan su rostro, el cuello o las manos. Las personas lesionadas antes del 24 de diciembre de 1991 reciben prestaciones levemente diferentes. Comuníquese con nuestra oficina de información si tiene alguna pregunta acerca de las prestaciones conforme al artículo 36.

Para el cálculo de determinadas indemnizaciones, después de que la compañía de seguro le haya hecho una oferta, llame a nuestra Unidad de Conciliación y hable con un Conciliador al 617-727-4900, extensión 369.

### Otras prestaciones por accidentes de trabajo

Cuando la lesión produzca la muerte, se pagará una cifra por gastos funerarios razonables de hasta $4000. El cónyuge supérstite puede recibir prestaciones semanales equivalentes a dos tercios del salario semanal promedio del trabajador fallecido, hasta una cifra máxima igual al SAWW. Podrán recibir las prestaciones mientras sigan siendo dependientes y no vuelvan a casarse. El cónyuge supérstite tiene derecho a un aumento de acuerdo con el costo de vida anual dos años después de la fecha de la lesión. Si el cónyuge vuelve a casarse, se abonarán $60 por semana por cada hijo elegible. El monto semanal total abonado por hijos a cargo no podrá exceder el monto que había estado recibiendo el cónyuge.

## CUÁNDO SE PUEDEN INTERRUMPIR O REDUCIR LAS PRESTACIONES

Las prestaciones se pueden interrumpir o reducir por varias razones. Algunos de los motivos más comunes, una vez establecida la responsabilidad, son:

- Así lo ordena un árbitro, un juez administrativo, el consejo revisor o un tribunal superior;
- Usted ha vuelto a trabajar (la aseguradora debe reanudar el pago de las prestaciones si vuelve a dejar de trabajar a causa de la misma lesión dentro de los 28 días).
- La aseguradora ha recibido un informe médico de parte del doctor que lo atiende o un examinador médico imparcial en el que se menciona que usted está en condiciones de volver a trabajar, y su empleador ha notificado que hay un puesto adecuado a su disposición.
- Se le solicita que concurra a una evaluación a cargo de un revisor de rehabilitación profesional del DIA y usted se niega a ir o a colaborar con la prestación de los servicios de rehabilitación profesional.
- Se le solicita que vaya a ver al médico de la aseguradora para una evaluación y no concurre.
- Usted es enviado a prisión luego de una condena por un delito menor o un delito grave.

## LIQUIDACIONES EN UN SOLO PAGO

La liquidación en un solo pago constituye un acuerdo o contrato entre usted, la aseguradora y, en algunos casos, su empleador. Este pago único puede efectuarse en reemplazo de los cheques de indemnización semanales y algunas otras prestaciones. Al aceptar este tipo de liquidación, usted renuncia a ciertos derechos. Por ello, debe evaluar cuidadosamente si le es realmente conveniente o no.

Si la aseguradora ha aceptado la responsabilidad jurídica por la lesión y su caso se liquida mediante un pago único, usted seguirá recibiendo los beneficios médicos. Esto significa que la aseguradora deberá seguir pagando el tratamiento médico razonable que sea necesario y los servicios de rehabilitación profesional. Sin embargo, la aseguradora seguirá teniendo derecho a denegar todo tratamiento que considere innecesario o no razonable.

## ¿NECESITA UN ABOGADO?

No necesita un abogado para presentar la reclamación de las prestaciones ni se le exige que tenga abogado para los procedimientos ante este departamento. Usted puede ser su propio representante o puede ser representado por cualquier persona que usted autorice, incluso un abogado. Si tiene abogado, la ley exige que la aseguradora pague sus honorarios **en caso de que usted gane el caso**. A veces, la aseguradora puede

reducirle los pagos para poder cubrir los gastos de su representación legal. **Si usted pierde**, el abogado sólo podrá cobrarle determinados gastos en particular.

## SERVICIOS DE REHABILITACIÓN PROFESIONAL

Si un médico determina que no podrá volver a trabajar debido a la lesión, pueden corresponderle servicios de rehabilitación profesional. El objetivo de la rehabilitación profesional es lograr que se reintegre al trabajo ganando una cifra lo más cercana posible a la que percibía antes de la lesión. Los servicios de rehabilitación profesional cubren todos los servicios **no médicos** que pueda necesitar para reintegrarse a un empleo adecuado.

Estos servicios pueden incluir una evaluación de sus aptitudes, pruebas de vocación profesional, asesoramiento u orientación; modificaciones en el lugar de trabajo; y ayuda para la búsqueda de empleo / formación de reconversión profesional.

Si se le solicita que se reúna con uno de nuestros revisores de rehabilitación profesional, **debe** asistir a la reunión. Esta reunión sirve para determinar si le corresponde recibir estos servicios. Si se niega a asistir a esta reunión, pueden suspenderse sus prestaciones. Si se niega a formar parte de un programa de rehabilitación después de que se determina que le corresponde, la compañía de seguro puede reducir las prestaciones semanales con autorización de este departamento.

**Department of Industrial Accidents**
600 Washington St., 7th Floor
Boston, MA 02111

**PRESORTED STANDARD
US POSTAGE PAID
BOSTON, MA
PERMIT NO. 53391**

## Información al público

La ley de accidentes de trabajo es compleja. Por ello, los procedimientos para presentar las reclamaciones pueden resultar confusos. Esta guía intenta dar respuesta a la mayoría de las principales preguntas. Si necesita más información, llame a cualquiera de nuestras oficinas regionales o comuníquese con nuestra oficina de información al público. Si está en Massachusetts, use nuestra línea gratuita: 1-800-323-3249, extensión 470. Si está fuera de Massachusetts, llame al 617-727-4900, extensión 470. También puede obtener información visitando nuestro sitio web: **www.mass.gov/dia**.

**TDD (dispositivo sólo para hipoacúsicos):** 1-800-224-6196

## Oficinas regionales del DIA

**Boston**: (617) 727-4900; **Lawrence:** (978) 683-6420; **Fall River:** (508) 676-3406; **Worcester:** (508) 753-2072; **Springfield:** (413) 784-1133.

**DEPARTAMENTO DE ACCIDENTES LABORALES, ESTADO DE MASSACHUSETTS**

**Gobernador**
Mitt Romney
**Vicegobernador**
Kerry Healey

**Comisionado**
John C. Chapman

**Directora de Desarrollo Laboral**
Jane C. Edmonds
**Director de Trabajo**
Angelo R. Buonopane

YOUR GUIDE TO WORKERS' COMPENSATION (SU GUÍA SOBRE INDEMNIZACIONES POR ACCIDENTES DE TRABAJO) es una publicación del Departamento de Accidentes Laborales de Massachusetts: Massachusetts Department of Industrial Accidents, 600 Washington St., 7º piso, Boston, MA 02111 - **Junio 2004**