



CIRCULAR N° 7

2005

SANTIAGO,

20 MAR 2006

**IMPARTE INSTRUCCIONES A LAS MUTUALIDADES DE
EMPLEADORES DE LA LEY N° 16.744 RESPECTO DE LA
NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES LABORALES
FATALES Y OTROS QUE SE INDICAN Y
DEJA SIN EFECTO CIRCULAR N°2.202, DE 2005.**

Esta Superintendencia, en virtud de las facultades contempladas por los artículos 2 y 30 de la Ley N° 16.395, 12 de la Ley N° 16.744, 1, 23, y 126 del D.S. N° 1, de 1972, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, ha estimado necesario adecuar las instrucciones impartidas a las Mutualidades de Empleadores de la Ley N° 16.744, mediante Circular N° 2.202, de 2005, referidas a la notificación de accidentes laborales fatales, otros de connotación pública e intoxicaciones por agroquímicos, con la finalidad de perfeccionar el sistema de notificación de los accidentes laborales fatales, así como el de las investigaciones y de las medidas correctivas de estos eventos, los que tienen como propósito:

- ✓ Lograr corregir las situaciones de riesgo que provocaron dichos accidentes y así evitar la repetición de accidentes de iguales o similares características en la misma empresa.
- ✓ Replicar las medidas instruidas, luego del análisis de la investigación del accidente, en todas aquellas empresas que realicen trabajos similares al que generó el accidente.
- ✓ Coordinar el trabajo conjunto entre los organismos administradores, a quienes les compete la investigación en aquellos casos en que el accidente involucre a más de una empresa, ya sea mandante, contratista o subcontratista, para conseguir que la gestión preventiva se efectúe en todas ellas.

Se incluye en el ANEXO I, el “FLUJOGRAMA DEL SISTEMA DE ACCIDENTES LABORALES FATALES” en el que se resumen las instrucciones contenidas en la presente Circular, los documentos, los envíos y los plazos que deberán ser cumplidos.

I NOTIFICACIÓN PROVISORIA DE ACCIDENTES LABORALES FATALES Y OTROS QUE SE INDICAN

1. Las Mutualidades deberán notificar, a la Superintendencia de Seguridad Social - SUSESO, la ocurrencia de cualquier accidente presumiblemente laboral -accidentes del trabajo y de trayecto- que afecte a algún trabajador de una empresa adherida y que presente las siguientes características:
 - Cuya lesión produzca la muerte del trabajador, o
 - Que puedan causar conmoción pública, ya sea por el número de trabajadores involucrados en el evento, o por el riesgo de afectar la salud de la población en general, o por otras circunstancias, o
 - Que sea producto de una intoxicación por agroquímicos.
2. La notificación deberá realizarse en el formulario “NOTIFICACIÓN PROVISORIA DE ACCIDENTES LABORALES FATALES Y OTROS”, que se acompaña a esta Circular en el ANEXO II. Para facilitar su cumplimiento, se han incorporado al formulario de notificación las instrucciones para completarlo, las que anteriormente se encontraban en un documento anexo.
3. *Esta notificación deberá efectuarse por correo electrónico, inmediatamente* después de tomar conocimiento del hecho, con los datos de que se disponga y en el formulario señalado en el punto anterior.
 - a) La notificación deberá dirigirse *a la dirección de correo electrónico del sr. Superintendente*, que se indica en el ANEXO III, y a accidentes@suseso.cl
 - b) En caso de no tener acceso por esa vía, se podrá efectuar por *FAX, dirigido al sr. Superintendente*, al FAX que se indica en el ANEXO III.
4. En aquellos casos en que el formulario se hubiera enviado incompleto, deberá ser remitido con todos los datos, *dentro de las 24 hrs. de haber sido informado el siniestro*, a la dirección de correo electrónico, accidentes@suseso.cl.

5. En caso que la notificación de varios accidentes se realice en un mismo correo, se considerará como fecha de notificación la del correo conductor, independientemente de la fecha que señale cada formulario contenido en el correo.
6. Cabe señalar que en aquellos casos que la fecha del correo electrónico sea posterior a la del formulario de notificación que se envía, se considerará que no se ha dado cumplimiento a la instrucción de notificar el siniestro inmediatamente de haber tomado conocimiento de éste.
7. En aquellos casos de **accidentes no fatales** que puedan causar conmoción pública o sean producto de intoxicaciones, donde exista más de un trabajador afectado, se podrá efectuar la notificación provisoria utilizando un único formulario de "NOTIFICACIÓN PROVISORIA DE ACCIDENTES LABORALES FATALES Y OTROS". En estos casos, se deberá indicar en "datos del accidentado", los datos de uno de los trabajadores, y en la descripción del evento se deberá incluir el nombre del resto de los trabajadores afectados.

II INVESTIGACIÓN Y RESOLUCIÓN DE CALIFICACIÓN DEL ACCIDENTE

En todos aquellos casos en que el accidente laboral fatal haya sido notificado provisoriamente como del trabajo, cada Mutualidad deberá:

1. Iniciar la investigación del accidente, dentro de las 48 horas de haber tomado conocimiento de éste. En los casos excepcionales en que ello no fuera posible, deberá informar de esta situación a la SUSESO.
2. Coordinar la investigación entre los organismos administradores que corresponda, en aquellos casos en que el trabajador fallecido haya pertenecido a una empresa subcontratista o contratista de una empresa mandante, y que aquéllas se encuentren adheridas para efectos del Seguro Ley N° 16.744 a otros organismos administradores.

El organismo administrador al que se encuentre adherida la empresa a la que pertenecía el trabajador fallecido será el que coordine la investigación, debiendo los otros organismos administradores colaborar y aportar los antecedentes que permitan efectuar una investigación que establezca las causas del siniestro y la prescripción de las medidas correctivas que correspondan, las que deberán ser notificadas a todas las empresas involucradas.

3. Notificar al representante legal de su empresa adherida las medidas correctivas inmediatas establecidas por la investigación iniciada o efectuada, en el "Formulario de Medidas Inmediatas", que se adjunta en el ANEXO IV.

En aquellos casos en que el trabajador fallecido haya pertenecido a una empresa subcontratista o contratista de una empresa mandante, las que se encuentren adheridas o afiliadas para efectos del Seguro Ley N° 16.744 a otro organismo administrador, cada organismo administrador deberá notificar dichas medidas al representante legal de su o sus empresas adheridas o afiliadas, según corresponda.

4. Emitir un primer informe interno que permita la calificación del siniestro, dentro de los 10 días hábiles siguientes a la toma de conocimiento del accidente laboral fatal, salvo en casos excepcionales en que ello no fuera posible, informando esta situación a la SUSESO.
5. Emitir la **Resolución de Calificación del Accidente** en el plazo máximo de 5 días hábiles, contado desde la emisión del informe señalado en el punto 4. anterior, en la que se señalará si se trata de un accidente laboral o común, y en aquellos casos en que se establece que es laboral se deberá precisar si es "del trabajo" o "de trayecto".

6. Remitir a la Superintendencia de Seguridad Social una copia de la Resolución de Calificación de cada uno de los accidentes fatales notificados provisoriamente como laborales, incluidos aquellos que en definitiva fueron calificados como no laborales, dentro de las 48 horas de haberse emitido esta resolución.

III NOTIFICACIÓN DE SITUACIONES ESPECIALES

1. En aquellos casos en que la muerte del trabajador ocurre, como consecuencia de un accidente laboral, con posterioridad a la calificación y hasta 3 meses contados desde la fecha de ocurrencia del accidente, se deberá notificar dentro de las 48 hrs. de ocurrido el fallecimiento, mediante el formulario de "NOTIFICACIÓN PROVISORIA DE ACCIDENTES LABORALES FATALES Y OTROS", y mediante comunicación escrita bajo firma del Gerente General, la que deberá ser acompañada de una copia de la resolución de calificación del accidente.
2. Asimismo, se deberán informar los cambios de calificación de los accidentes que se efectúen producto de los recursos que sean resueltos por la SUSESO, dentro de las 48 hrs. de haberse producido, mediante comunicación escrita bajo firma del Gerente General.

IV INFORME DE INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE Y NOTIFICACIÓN DE MEDIDAS DE CORRECCIÓN Y PREVENCIÓN EN RELACIÓN A LAS CAUSAS DETERMINADAS

1. En el plazo máximo de 30 días hábiles, contado desde la fecha en que tomó conocimiento del accidente, la Mutualidad deberá remitir una copia del "Informe de Investigación del Accidente" realizado y/o coordinado por ésta, según el formato que se adjunta en el ANEXO V, HOJA 1, que debe contener la descripción del accidente y los antecedentes de la entidad empleadora, del accidentado y de la investigación.
2. Producto de cada informe de investigación de accidente fatal se deberá notificar al representante legal de la empresa las medidas necesarias a implementar para evitar un nuevo accidente de similares características, a través del "ANEXO V, HOJA 2, Causas del Accidente, Medidas Correctivas y Verificación de Cumplimiento".
3. Este Anexo, cuyo formato se adjunta, deberá ser suscrito por el representante legal de la empresa y quien representa al organismo administrador y debe contener, las causas determinadas producto de la investigación del accidente, las medidas – inmediatas y/o diferidas- a implementar o implementadas por la empresa para subsanar dichas causas, la fecha de la notificación de las medidas, la fecha de la verificación del cumplimiento de las medidas, el plazo de cumplimiento para implementar las medidas diferidas y el registro de ampliación de plazos.
4. En el caso que la Mutualidad haya considerado necesario ampliar el plazo de cumplimiento de alguna de las medidas instruidas, deberá dejarlo registrado en el ANEXO VI.
5. En aquellos casos en que el trabajador fallecido haya pertenecido a una empresa subcontratista o contratista de una empresa mandante que se encuentra adherida para efectos del Seguro Ley N° 16.744 a otro organismo administrador, cada organismo administrador deberá notificar al representante legal de su o sus empresas adherentes, las medidas correctivas definidas producto de la investigación efectuada mediante este documento.

En estos casos cada organismo administrador deberá remitir a esta Superintendencia una copia del instructivo extendido por cada uno, dentro de las 48 hrs. de haber sido notificado a su empresa adherida.

6. Los organismos administradores deberán informar a las empresas que deben mantener este documento a disposición de las entidades fiscalizadoras en el lugar donde ocurrió el accidente.

V INFORME DE CUMPLIMIENTO

Dentro del plazo de 7 días hábiles de haber efectuado la verificación del cumplimiento de las medidas diferidas instruidas, se deberá remitir el **"Informe de Cumplimiento"** en el que se informará el estado de cada caso, por escrito y bajo firma del Gerente General de la respectiva Mutualidad, según el formato que se adjunta en el **ANEXO VII**, señalando:

1. El estado de seguimiento del caso, especificando si las medidas fueron o no fueron cumplidas por la empresa, las razones del incumplimiento especificando si fue necesario adecuar los plazos inicialmente establecidos, y si se requiere efectuar visitas u otras acciones posteriormente.
2. Las acciones ejecutadas frente al incumplimiento de las medidas por parte de la empresa, señalando la oportunidad en que se efectuaron, como por ejemplo; informar a la SEREMI de Salud respectiva y/o informar a la Dirección del Trabajo, señalando el documento mediante el cual se informó y la fecha de éste.
3. Sanciones que esa Mutualidad haya impuesto o tenga considerado imponer y en qué plazo, por aplicación del artículo 80 de la Ley N°16.744.
4. Recargo por aplicación de los artículos 5° y/o 15 del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, si se ha aplicado o si se estudiará su aplicación.

VI RESUMEN MENSUAL DE NOTIFICACIONES

1. Se deberá remitir un resumen mensual de todos los accidentes laborales fatales de que se haya tomado conocimiento, tanto de accidentes del trabajo como de trayecto, dentro de los 5 primeros días del mes siguiente al mes informado.
2. Se deberá informar de las correcciones que se deba introducir a las nóminas de los meses anteriormente informados, las que deberán ser remitidas en el mismo resumen mensual anteriormente señalado, indicando que corresponden a una corrección en la columna de "observaciones" del formulario "RESUMEN ACCIDENTES LABORALES FATALES MES 200_".
3. El resumen deberá enviarse en el formulario "RESUMEN ACCIDENTES LABORALES FATALES MES 200_", que se acompaña en ANEXO VIII, en planilla Excel.
4. *El resumen mensual se deberá enviar a la dirección de correo electrónico, accidentes@suseso.cl.*

VII INSTRUCCIONES GENERALES

1. Las presentes instrucciones serán obligatorias a contar del 1° de mayo de 2006, fecha a contar de la cual queda sin efecto la Circular N° 2.202, de 2005.
2. Para efectos de coordinar la investigación entre los organismos administradores que corresponda, en aquellos casos en que el trabajador fallecido haya pertenecido a una empresa subcontratista o contratista de una empresa mandante, y que aquéllas se encuentren adheridas para efectos del Seguro Ley N° 16.744 a otros organismos administradores, de acuerdo a lo señalado en el punto 2 del ítem II de esta Circular, cada organismo administrador (Mutuales, Instituto de Normalización Previsional y empresas con Administración Delegada) deberá nombrar un representante, a nivel regional o por sucursal o agencia, según establezca, con quien se pueda contactar el encargado de efectuar la investigación al presentarse una situación como la descrita, con la finalidad de facilitar el procedimiento.

Los nombres de quien o quienes sean designados y de sus reemplazantes, así como sus datos de contacto, deberán ser informados a esta Superintendencia a la dirección de correo electrónico, accidentes@suseso.cl, en el plazo de 15 días, contado desde la fecha de esta Circular.


Las modificaciones que se produzcan en las designaciones deberán ser informadas a esta Superintendencia dentro de las 24 hrs. de ocurridas, siguiendo igual procedimiento.

3. Los documentos e informes instruidos en esta Circular deben mantenerse en el expediente o carpeta que se inicie del caso y deben estar disponibles para ser auditados en cualquier momento por esta Superintendencia.
4. Con el propósito de identificar la información recibida por correo electrónico, se deberá especificar claramente en el "Asunto" lo informado, por ejemplo, si se está enviando el informe mensual se debería señalar "Resumen Mensual Mes XXX, Sigla Mutual"; en caso de una notificación provisoria de un accidente fatal, se deberá señalar el nombre del trabajador fallecido.
5. Resumen de los documentos que se deberán remitir y los plazos de envío:
 - ✓ NOTIFICACIÓN PROVISORIA DE ACCIDENTES LABORALES FATALES Y OTROS (dentro de las 48 horas de haber tomado conocimiento del accidente)
 - ✓ RESOLUCIÓN DE CALIFICACIÓN DEL ACCIDENTE (dentro de las 48 hrs. de haberse emitido dicha resolución)
 - ✓ NOTIFICACIÓN DE SITUACIONES ESPECIALES (dentro de las 48 horas de ocurrido el fallecimiento o dentro de las 48 hrs. de haberse producido el cambio de la calificación del accidente, según corresponda)
 - ✓ INFORME DE INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE, que incluye ANEXO CAUSAS DEL ACCIDENTE, MEDIDAS CORRECTIVAS Y VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (dentro de los 30 días hábiles desde que se tomó conocimiento del accidente)
 - ✓ INFORME DE CUMPLIMIENTO (dentro de los 7 días hábiles de haber efectuado la verificación del cumplimiento de las medidas)
 - ✓ RESUMEN ACCIDENTES LABORALES FATALES MES 200_ (dentro de los 5 primeros días del mes siguiente al mes informado)

6. Se deberá dar la mayor difusión de las presentes instrucciones y las personas encargadas de cumplirlas deberán conocer el texto íntegro de la presente Circular.

Lo anterior, sin perjuicio de las notificaciones que los organismos administradores del Seguro de la Ley N° 16.744 deben efectuar a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, de acuerdo a las instrucciones que les han impartido o impartan, atendidas las facultades de fiscalización en materia de higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo.

Saluda atentamente a Ud,


SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL
"SUPERINTENDENTE"
JAVIER FUENZALIDA SANTANDER
SUPERINTENDENTE

DISTRIBUCIÓN:

- Asociación Chilena de Seguridad
 - Instituto de Seguridad del Trabajo
 - Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción
 - Instituto de Normalización Previsional
 - Empresas con Administración Delegada
- (Se adjuntan 8 Anexos)

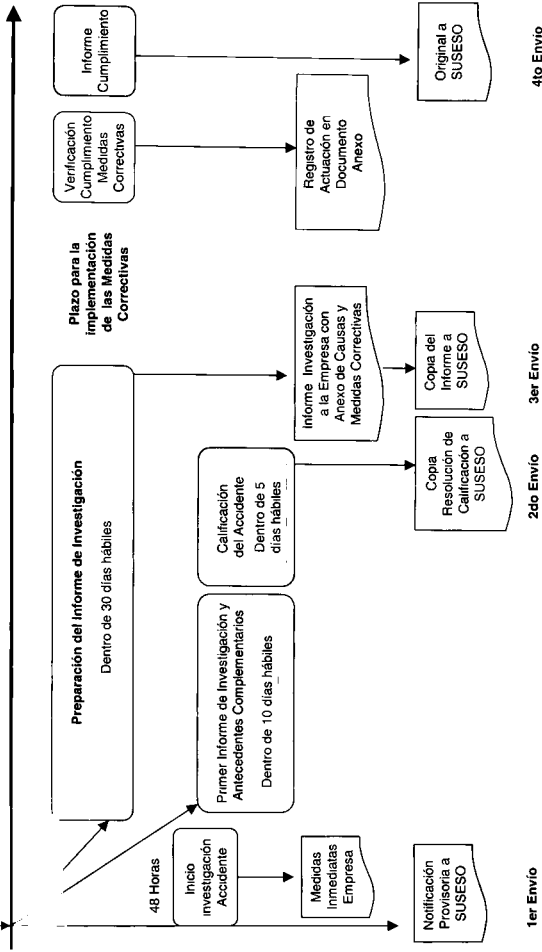
Con copia informativa a:

- Ministro del Trabajo y Previsión Social
Subsecretaría de Previsión Social
- Ministro de Salud
Subsecretaría de Salud Pública
- Secretarías Regionales Ministeriales de Salud
Director del Trabajo
Jefe Departamento de Salud Ocupacional - MINSAL
- Jefe Unidad de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo – Dirección del Trabajo
Fiscalía
- Secretaría General
Departamento Jurídico
- Departamento Actuarial
- Departamento Médico
Departamento Inspección
- Unidad de Seguridad y Salud en el Trabajo
Unidad de Estudios
- Oficina de Partes
Archivo Central



1 FLUJOGRAMA SISTEMA ACCIDENTES LABORALES FATALES

Conocimiento
Accidente
Laboral Fatal





NOTIFICACIÓN PROVISORIA DE ACCIDENTES LABORALES FATALES Y OTROS

Fecha Informe

I. Datos del Accidentado

1. Nombre
2. RUT
3. Edad
4. Profesión u oficio
5. Fecha del accidente
6. Lugar del accidente
(especificar calle o vía, número,
comuna y región)
7. Fecha de defunción
8. Lugar de defunción
(especificar si se produjo en el sitio
del accidente o en algún centro
asistencial)

II. Datos de la entidad empleadora

9. Nombre o Razón social
10. RUT empresa
11. N° de Adherente (Mutual)
12. Dirección de casa matriz
(calle, N°, comuna, ciudad, región)
13. Teléfono (indicar código de
area)

III. Breve descripción del evento

Señalar, a lo menos, la actividad que se encontraba realizando el trabajador, el lugar de ocurrencia, la hora del accidente y el mecanismo del accidente.

Nombre y Cargo del
informante

Teléfono
(incluir código area)



1. La notificación provisora que deberá efectuarse por correo electrónico, inmediatamente después de tomar conocimiento del hecho, en el formulario deberá dirigirse a:

Superintendente de Seguridad Social:
jfuenzalida@suseso.cl, y
accidentes@suseso.cl

2. La notificación provisoria que se efectúe *vía FAX, deberá ser dirigida al Sr. Javier Fuenzalida Santander, Superintendente, al FAX: 696 46 72*



Formulario de Medidas Inmediatas

Debido al accidente laboral ocurrido el día __/__/__, en el que se produjo el fallecimiento de Don(ña) _____ Rut: _____, trabajador(a) de la Empresa: _____, Rut: _____, este Organismo Administrador de la Ley 16744 instruye a su representante legal Don _____ a que implemente las siguientes medidas en forma inmediata:

N°	Medida Correctiva Inmediata (Señale, en forma separada cada una de las medidas correctivas que la empresa deberá implementar en forma inmediata)
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Fecha Indicación __/__/__	Nombre y Firma del Representante Legal	Nombre y Firma del Investigador
------------------------------	---	------------------------------------

Informe Investigación Accidente

Fecha del Informe __/__/__

1. Antecedentes del Trabajador

- 1.1 Nombre.
1.2 Rut.
1.3 Fecha Nacimiento:
1.4. Antigüedad en la Empresa:
1.5. Experiencia en el trabajo que hacía cuando se accidentó (número días, años o meses)

2. Antecedentes de la Empresa

- 2.1. Nombre o Razón Social:
2.2. Actividad Principal (Nombre).
2.3. Código Actividad Económica:
2.4. Número Sucursales:
2.5. Tasa Cotización:
2.5.1. Genérica (según DS110) : ____
2.5.2. Adicional (según DS67) : ____
2.5.3. En última evaluación DS 67, la cotización adicional:
__ Se mantuvo __ Fue Rebajada __ Fue Recargada
2.6. Promedio Anual de Trabajadores (último período anual considerado DS67) : ____
2.7. Cumplimiento de la obligación de informar los Riesgos Laborales: __SI __NO
2.8. Existencia de Reglamento Interno de Higiene y Seguridad. __SI __NO
2.9. Número de Comités Paritarios:
2.9.1. En Funcionamiento : ____
2.9.2. Debería tener : ____
2.9.3. Fecha constitución Comité Paritario donde ocurrió el accidente : __/__/____
2.10. Existencia de Dpto. de Prevención de Riesgos Profesionales: __SI __NO
2.10.1. Fecha inicio funcionamiento del Departamento: __/__/____
2.11. Existe Programa de Prevención de Riesgos __SI __NO

3. Antecedentes del Experto en Prevención de la Empresa

- 3.1. Nombre :
3.2. Rut
3.3 Tipo de contratación .
3.4. N° de Registro en Autoridad Sanitaria :
3.5. Categoría : __Profesional __Técnico __Práctico

4. Antecedentes del Accidente

- 4.1. Día __/__/____
4.2. Hora : __:____
4.3 Lugar
4.4 Dirección (incluir Comuna):
4.5. Región :

5. Antecedentes de la Investigación

- 5.1. Fecha en que se realizó: __/__/____
5.2. Antecedentes considerados en la investigación (Mediciones, informes, testigos, etc)

6 Descripción y Análisis del Accidente: (señale la secuencia de eventos y especifique como y por qué ocurrió el accidente)

7. Antecedentes del Investigador:

- 7.1. Nombre del Experto Investigador :
7.2. Rut : ____-____-____-____
7.2.1 N° de Registro en Autoridad Sanitaria : ____
7.2.2. Categoría : __Profesional __Técnico __Práctico

8. Causas del Accidente y Medidas Correctivas: infórmelas en la HOJA 2 de este Anexo



Ampliación Plazo Implementación Medidas Correctivas

N°	Medida Correctiva (señale, en forma separada cada una de las medidas correctivas que la empresa debe implementar)	Fecha Ampliación Plazo	Fecha Verificación de Cumplimiento
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Fecha Indicación _ / _ / _	Nombre y Firma del Representante Legal	Nombre y Firma del Investigador
-------------------------------	--	---------------------------------

**Informe Cumplimiento
Caso Accidente Laboral Fatal**

1. Antecedentes del Accidente del Trabajo Fatal

- 1.1. Fecha Accidente:
1.2. Fecha Defunción:
1.3. Nombre trabajador fallecido:
1.4. Rut: _____

2. Antecedentes de la Empresa

- 2.1 Nombre o Razón Social:
2.2. Rut Empresa _____

3. Verificación Medidas Correctivas

- 3.1. ¿Fue necesario ampliar el plazo de implementación de las medidas? __ SI __ NO
3.2. ¿Todas las medidas instruidas fueron implementadas?: __ SI __ NO

3.2.1 En caso de NO haber sido implementadas, señalar las razones

3.2.2. Acciones del Organismo frente a la no implementación de las medidas instruidas:

3.2.2.1. Multa, aplicación Art. 80 Ley 16744: __ SI __ NO

3.2.2.2. Recargo, por aplicación de DS 67 :

3.2.2.2.1. Art. 15 : __ SI __ NO

3.2.2.2.2. Art. 5 (inciso final) : __ SI __ NO

3.2.2.3. Notificación a la Dirección del Trabajo : __ SI __ NO

3.2.2.4. Notificación a SEREMI _____(región) : __ SI __ NO

3.2.2.5. Plan especial de trabajo con la empresa: __ SI __ NO

3.2.2.5.1. Resuma el Plan de trabajo _____

4. Antecedentes del Informe

4.1. Fecha: __/__/____ (dd/mm/aaaa)

4.2. Nombre del profesional que verificó las medidas implementadas:

