

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
EN EL TRIBUNAL DE APELACIONES
REGIÓN JUDICIAL DE SAN JUAN Y CAGUAS
PANEL II

JOSÉ L. RODRÍGUEZ
SÁNCHEZ

Recurrido

MUNICIPIO DE CIALES
Patrono

v.
CORPORACIÓN DEL
FONDO DEL SEGURO
DEL ESTADO

Peticionario

KLRA201700292

*REVISIÓN
ADMINISTRATIVA*
procedente de la
Comisión Industrial
de Puerto Rico

Caso C.I.: 16-200-
35-8924-01

Caso C.F.S.E.: 16-
45-06610-0

Sobre:
Sin Jurisdicción

Panel integrado por su presidente, el Juez Vizcarrondo Irizarry, el Juez Rodríguez Casillas y el Juez Bonilla Ortiz.

Bonilla Ortiz, Juez Ponente

SENTENCIA

En San Juan, Puerto Rico, a 30 de junio de 2017.

Comparece la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (CFSE) mediante recurso de revisión presentado el 5 de abril de 2017. Solicitó la revisión de una *Resolución* emitida el 20 de octubre de 2016 por la Comisión Industrial (Comisión) en la que acogió el recurso de revisión sobre la determinación del Administrador del Fondo del Seguro sobre el tratamiento médico, aunque el mismo fue presentado fuera del termino prescriptivo dispuesto en la Ley del Sistema de Compensación y Accidente del Trabajo, *infra*.

I.

El 24 de agosto de 2015 el Sr. José L. Rodríguez Sánchez (el Sr. Rodríguez) reportó al CFSE un accidente ocurrido en su empleo el 19 de agosto de 2015.

En relación con el accidente reportado por el Sr. Rodríguez, el 26 de enero de 2016 la CFSE emitió y le entregó personalmente al Sr. Rodríguez el documento titulado "Decisión del Administrador sobre Tratamiento Médico" (Decisión sobre tratamiento médico) en el cual se le otorgó el alta definitiva y se le informaron las condiciones que generaron incapacidad, las que no y las que no estaban relacionadas al trabajo. **En el referido documento se le notificó que tenía un término de 30 días para apelar la decisión en la Comisión.**

El 11 de abril de 2016 la CFSE notificó al Sr. Rodríguez otra decisión titulada "Decisión del Administrador sobre Incapacidad Parcial Permanente" en la que se le otorgó un 5% de incapacidad por funciones fisiológicas generales por esquinca lumbar. En la referida determinación, también se le informó del término de 30 días para apelar a la Comisión.

El 27 de abril de 2016, aunque en escritos separados, el Sr. Rodríguez apeló ante la Comisión ambas decisiones.

El 20 de octubre de 2016 la Comisión emitió *Resolución*. Allí, resolvió que la apelación presentada el 27 de abril de 2017 por el Sr. Rodríguez sobre la decisión del alta de tratamiento médico notificada el 26 de enero de 2016 fue oportuna según lo dispuesto en el caso *Vega Rodríguez v. CFSE*, KLRA201000257.

Por no estar conforme con lo resuelto por la Comisión, el 9 de noviembre de 2016 la CFSE solicitó Reconsideración. Luego de varios trámites procesales, el 7 de marzo de 2017 la Comisión emitió *Resolución en reconsideración*. En lo pertinente, la Comisión reiteró que la apelación de la decisión del alta de

tratamiento médico fue presentada dentro del término estatutario.

Inconforme, la CFSE presentó el recurso que nos ocupa y señaló los siguientes errores:

Erró la Honorable Comisión Industrial al concluir que el recurso apelativo instado por la representación legal de la parte recurrida el 27 de abril de 2016 en cuanto a la decisión del Administrador sobre Tratamiento Médico notificada el 26 de enero de 2016 fue presentado dentro del termino apelativo dispuesto en la Ley del Sistema de Compensación y Accidentes del Trabajo.

Erró la Honorable Comisión Industrial al aplicar el caso de Carmen Vega Rodriguez v. Corporación del Fondo del Seguro del Estado, supra, al caso de epígrafe.

Erró la Honorable Comisión Industrial al ordenar señalar una vista medica y/o publica sobre tratamiento o mayor incapacidad de las condiciones "sin incapacidad" sobre las cuales no tiene jurisdicción.

Erró la Honorable Comisión Industrial al ordenar a la CFSE emitir una decisión institucional que ya existía y/o al ordenar señalar vista pública sobre las condiciones "no relacionadas" sobes las cuales no tiene jurisdicción.

El 4 de mayo de 2017 el Sr. Rodriguez presentó su Alegato en oposición de la parte recurrida. Vencido el término, la Comisión no compareció por lo que disponemos de la controversia de autos sin el beneficio de su comparecencia.

II.

-A-

La Ley de la Judicatura del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Ley Núm. 201-2003, establece que como Tribunal de Apelaciones estamos facultados para revisar las "decisiones, órdenes y resoluciones finales de organismos o agencias administrativas". Art. 4006(c) 4 LPRA sec. 24(y) (c).

La Ley de Procedimiento Administrativo del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Ley Núm. 170 de 12 de agosto de 1988, según enmendada¹, 3 LPRA secs. 2101 et seq. (LPAU), delimita el alcance de la revisión judicial de las decisiones administrativas.

En cuanto al estándar de revisión que este tribunal debe observar al evaluar los recursos de revisión judicial presentados al amparo de la LPAU, destacamos que, por razón de la experiencia y pericia de las agencias respecto a las facultades que se les han delegado, debemos considerar con gran deferencia las decisiones de los organismos administrativos. *Batista, Nobbe v. Jta. Directores*, 185 DPR 206, 215 (2012). Por consiguiente, en el ejercicio de esa deferencia, las decisiones de las agencias administrativas tienen una presunción de legalidad y corrección que los tribunales deben respetar mientras que la parte que las impugna no produzca suficiente evidencia para derrotarlas. *Íd.*

En síntesis, la revisión judicial de las determinaciones administrativas está limitada a determinar si la actuación del foro administrativo fue razonable y cónsona con el propósito legislativo o si, por el contrario, fue irrazonable, ilegal o si medió abuso de discreción. *Parque Ecuestre v. Junta*, 163 DPR 290, 299 (2004); *T-Jac, Inc. v. Caguas Centrum Limited*, 148 DPR 70, 80 (1999).

Al evaluar una petición para revisar judicialmente una determinación administrativa, este foro debe analizar si: (1) el remedio concedido fue

¹ La Ley de Reforma del Derecho Administrativo, Ley 210-2016, enmendó la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme. Sin embargo, la misma entrará en vigor a partir del 1 de julio de 2017.

razonable; (2) las determinaciones de hechos están razonablemente sostenidas por la prueba y; (3) las conclusiones de derecho del organismo administrativo son correctas. Véase, *Ramos Román v. Corp. Centro de Bellas Artes*, 178 DPR 867, 883 (2010); *P.R.T. Co. V. J. Reg. Tel. de P.R.*, 151 DPR 269 (2000).

En lo que respecta a las determinaciones de hecho de un organismo administrativo, los tribunales no deben intervenir si las mismas están sostenidas por evidencia sustancial que surja del expediente administrativo considerado en su totalidad. *Batista, Nobbe v. Jta. Directores*, *supra*, pág. 216; *Pereira Suárez v. Jta. Dir. Cond.*, 182 DPR 485 (2011). Respecto a las conclusiones de derecho de la agencia, distinto de las determinaciones de hecho, el tribunal las puede revisar en todos sus aspectos, sin sujeción a norma o criterio alguno. *OPP v. Aseguradora MSC*, 163 DPR 21, 37 (2004). No obstante, ello no significa que, al ejercer su función revisora, el tribunal pueda descartar libremente las conclusiones e interpretaciones de la agencia, sustituyendo el criterio de esta por el propio. *Batista, Nobbe v. Jta. Directores*, *supra*, pág. 217; *Rebollo v. Yiyi Motors*, *supra*, pág. 77.

-B-

La Ley del Sistema de Compensaciones por Accidentes del Trabajo, Ley Núm. 45 del 18 de abril de 1935, 11 LPRA sec. 1 *et seq.* (Ley Núm. 45), ha sido catalogada como un estatuto de carácter remedial. De acuerdo a sus propósitos, esta busca consagrar ciertas protecciones y beneficios al obrero que sufre un accidente, lesión o enfermedad en el curso del

trabajo, por lo que debe interpretarse de forma liberal a favor del obrero. *Hernández Morales et al v. CFSE*, 183 DPR 232, 242 (2011); *Meléndez Villafaña v. CFSE*, 182 DPR 918 (2011).

La Ley Núm. 45 se creó con la intención de establecer un sistema de seguro compulsorio y exclusivo para compensar al obrero o empleado que sufra lesiones, se inutilice o muera, al ejercer cualquier acto o función inherente en el desempeño de su trabajo, que ocurra en el curso de este, y como consecuencia del mismo. 11 LPRA sec. 2 (Supl. 2015); *Hernández Morales et al v. CFSE*, *supra*, págs.239-240; *Meléndez Villafaña v. CFSE*, *supra*.

Cónsono con lo anterior, cualquier duda razonable sobre la existencia de una relación causal entre el trabajo u ocupación del obrero o empleado y la lesión, incapacidad o muerte, o el carácter ocupacional de una enfermedad, deberá resolverse a favor del obrero o de sus beneficiarios. 11 LPRA sec. 2 (Supl. 2015). Ahora bien, dicha liberalidad no es en el vacío, por lo que tiene que estar fundamentada en los hechos particulares de cada caso. *Díaz Ortiz v. FSE*, 126 DPR 32 (1990).

Conforme a ello, la Ley Núm. 45 provee un sistema que le brinda al obrero un remedio rápido, eficiente y menos complejo que una reclamación ordinaria en daños. En consecuencia, sus disposiciones serán aplicables a todos los obreros y empleados que trabajen para un patrono asegurado y que sufran lesiones, se inutilicen o pierdan la vida por accidentes o enfermedades derivadas de la ocupación, según se especifican en la ley. *Hernández Morales et al v. CFSE*, *supra*, pág. 240.

Entre los remedios que pueden concederse bajo la Ley Núm. 45, *supra*, se encuentra la asistencia médica y la compensación por incapacidad transitoria, permanente (parcial o total) o por muerte. *Hernández Morales et al v. CFSE, supra*, pág. 240.

En lo aquí pertinente, el Artículo 9 de la Ley Núm. 45, 11 LPRA sec. 11 dispone que:

Si el obrero o empleado, o sus beneficiarios, no estuvieren conformes con la decisión dictada por el Administrador de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado en relación con su caso, podrán apelar ante la Comisión Industrial dentro de un término de treinta (30) días después de haber sido notificados con copia del Administrador, y el caso se referirá a un oficial examinador. En los casos de patronos no asegurados, tanto el obrero como el patrono podrán acudir a la Comisión Industrial una vez el Administrador haya declarado al patrono como uno no asegurado, teniendo dicho patrono un término de treinta (30) días para apelar la decisión del Administrador.

Una vez presentada una apelación por un obrero lesionado, en que haya una controversia de carácter médico, el apelante será examinado en una vista médica para determinar si el apelante necesita tratamiento médico adicional, ser evaluado por un especialista o se requiere revisar la determinación sobre incapacidad. Dicha vista será efectuada por médicos de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado y de la Comisión Industrial conjuntamente, y por el médico que el obrero tuviese a bien traer, cuyos honorarios y gastos de viajes serán compensados por la Comisión Industrial en la forma que se establezca por reglamento, estará a cargo y bajo el control del médico representante de la Comisión. El apelante podrá estar asistido por abogado.

El término de 30 días para apelar ante la Comisión Industrial la decisión del Administrador sobre tratamiento médico, es uno de naturaleza jurisdiccional, pues el estatuto no concede al organismo administrativo ni a los tribunales discreción alguna para prorrogarlo. *Kelly Temporary*

Services v. FSE, 142 DPR 290 (1997). Por lo tanto, una vez transcurrido el mismo sin que se haya presentado oportunamente alguna moción interruptora, se extingue el derecho a apelar y la facultad del organismo revisar para intervenir. Íd. Pág. 299.

Dependiendo de lo dispuesto en la Ley Núm. 45, *supra*, se conceden y/o deniegan determinados servicios o remedios. Conforme a ello, se emiten diferentes determinaciones, las cuales, en su mayoría son independientes unas de otra. No perdemos de vista que el propósito principal de dicha ley es brindarle al obrero lesionado o enfermo un sistema de protección social para facilitarle su recuperación y el retorno a sus labores. Por ello, el primer mecanismo de rehabilitación y tratamiento ofrecido en esta legislación es el tratamiento médico. En este se determina el tratamiento que se le autoriza al empleado, el cual puede ser "en descanso" que significa que se ausente de su trabajo o el "CT" en el que se autoriza a recibir tratamiento mientras trabaja. *Rivera v. Blanco Vélez Stores*, 155 DPR 460, 470-474 (2001).

Así, una solicitud para recibir beneficios culmina con la Determinación del Administrador sobre Tratamiento Médico mediante la cual, el lesionado es dado de alta, curado con o sin incapacidad, o porque se reconoce la existencia de una incapacidad permanente que no ha de mejorar con más tratamiento. *Torres v. Star Kirst Caribe, Inc.*, 134 DPR 1024, 1033 (1994).

III.

En su recurso, la CFSE hizo 4 señalamientos error, todos relacionados a la falta de jurisdicción de la Comisión para atender la apelación sobre la determinación sobre tratamiento médico. Por entender que el primer error señalado dispone del presente recurso, consideramos innecesario entrar a discutir los otros tres señalamientos.

En esencia, la Comisión entendió que según lo dispuesto en el caso *Vega Rodríguez v. CFSE*, KLRA201000257, el caso no está maduro para radicar el recurso apelativo hasta que el Administrador del CFSE notifica la decisión de incapacidad. En la Resolución en reconsideración la Comisión expresó que: “[e]ntendemos que en el presente caso, la Forma 395 del 28 de enero de 2016, que incluía todas las condiciones de alta sin incapacidad, con incapacidad y no relacionadas, se debe apelar junto con la decisión del alta con incapacidad del Asegurador, la cual se notifica el 11 de abril de 2016. Ambas decisiones fueron apeladas el 27 de abril de 2016. Ese era el momento en que se debían de radicar ambos recursos apelativos, por lo que entendemos que hay jurisdicción para atender todos los asuntos”.

En el caso *Vega Rodríguez v. CFSE*, supra, un panel hermano determinó que la Decisión sobre tratamiento médico de la Sra. Vega carecía de madurez para ser apelada ante la Comisión. En ese caso, en la Resolución de la CFSE se detallaron las regiones afectadas, las condiciones médicas tratadas y dio a la recurrente de alta definitiva con incapacidad. Sin embargo, se dejó para una fecha posterior el por

ciento de incapacidad a ser otorgado a la recurrente y las áreas de tal incapacidad. En específico, la Resolución indicó: "[l]a Decisión del Administrador con el grado de incapacidad para este caso le será notificado oportunamente". Por el lenguaje antes descrito fue que se determinó que la Decisión del Administrador emitida con posterioridad a la del tratamiento médico fue la que le dio finalidad a la Decisión del Fondo para que pudiese ser apelada ante la Comisión.

En el presente caso, no existe controversia de que la *Determinación de tratamiento médico* dio de alta al Sr. Rodriguez con determinaciones específicas sobre las áreas donde no había incapacidad, en las que si había incapacidad y las que no estaban relacionadas al accidente. Tampoco existe controversia de que la determinación advertía sobre su derecho a apelar ante la Comisión en el término de 30 días posteriores a la notificación de la decisión del Administrador. Además, surge la firma del Sr. Rodriguez con fecha del 26 enero de 2016 acreditando el recibo a la mano de dicha determinación.

En esencia, la controversia gira en torno a partir de cuál decisión, y por tanto de cuándo, es que comienza a transcurrir el término de 30 días. Aclaremos que, en *Vega Rodríguez, supra*, lo que se determinó fue que la frase "la decisión del Administrador con el grado de incapacidad para este caso le será notificado oportunamente" implicaba que la decisión notificada no era la final. No obstante, la determinación del Sr. Rodriguez no contiene dicha frase.

En su alegato, el Sr. Rodriguez argumentó que el término nunca comenzó a decursar porque faltaba la firma del personal y la fecha de notificación en la segunda página de la referida determinación. Según este, si no había fecha de notificación no podía comenzar a correr el termino de 30 días a partir de la notificación. No le asiste la razón. Al revisar la segunda página a la que hace referencia el Sr. Rodriguez, surge que la firma y la fecha de notificación a la que este se refiere es de la notificación al abogado del lesionado y al patrono. En la fecha en que le notificaron al Sr. Rodriguez este no contaba con abogado. La notificación al patrono es separada a la de este, y se certificó que fue el 27 de enero de 2017. La referida determinación si cuenta con la fecha de la notificación, con la firma del personal autorizado y la del Sr. Rodriguez.

Aquí, al Sr. Rodriguez se le notificó la determinación sobre el alta de su tratamiento médico, la cual es distinta y separada de la determinación sobre el porciento de incapacidad. Posteriormente, se le notificó la decisión sobre el porciento de incapacidad que se le otorgó, la cual es distinta y separada del alta sobre el tratamiento médico. Si el Sr. Rodriguez no estaba de acuerdo con la determinación sobre tratamiento médico debió impugnarla dentro de los 30 días de su notificación, lo que no hizo. Por lo tanto, se cometió el error señalado.

Determinamos que es arbitrario e ilegal que la Comisión acogiera la apelación sobre la determinación sobre tratamiento médico cuando esta fue presentada

vencido el termino de 30 días que tenia el Sr. Rodriguez para apelar.

IV.

Por los fundamentos antes expuestos, **REVOCAMOS** la *Resolución* recurrida.

Lo pronunció y manda el Tribunal y lo certifica la Secretaria del Tribunal de Apelaciones.

Lcda. Lilia M. Oquendo Solís
Secretaria del Tribunal de Apelaciones