

Tratamiento médico de compensación laboral en California

Autorización: Una guía legal

(PARTE A: ANÁLISIS DE TRABAJADORES LESIONADOS)

27 de febrero de 2026

La información proporcionada mediante este análisis con inteligencia artificial tiene únicamente fines informativos y educativos generales. No constituye asesoramiento legal, no crea una relación abogado-cliente y no debe considerarse un sustituto del asesoramiento de un abogado cualificado.

Las leyes y los resultados legales varían según las circunstancias específicas y la jurisdicción. Si necesita asesoramiento adaptado a su situación, debe consultar directamente con un abogado.

COMPENSACIÓN LABORAL DE CALIFORNIA: CÓMO OBTENGA LA APROBACIÓN DE SU TRATAMIENTO MÉDICO

Si sufres una lesión en el trabajo en California, tu empleador debe pagar todos los gastos médicos que necesites para recuperarte. Sin embargo, obtener la aprobación de dicho tratamiento implica un sistema de normas, plazos y etapas de revisión. Esta guía explica cómo funciona el sistema de aprobación de tratamientos, cuáles son sus derechos y qué hacer si se le deniega el tratamiento.

Parte 1: Su derecho a recibir tratamiento médico

Esta sección explica los derechos legales básicos que usted tiene para recibir atención médica después de una lesión laboral.

Lo que dice la ley sobre su atención médica.

Según la ley de California, su empleador debe proporcionarle todo el tratamiento médico que sea "razonablemente necesario para curar o aliviar" los efectos de su lesión laboral. Esto incluye consultas médicas, cirugía, atención quiropráctica, acupuntura, hospitalización, medicamentos, suministros médicos, muletas y dispositivos como aparatos ortopédicos o prótesis.

El Código Laboral de California § 4600(a) (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section-4600-5/>) establece este derecho.

Su derecho a recibir tratamiento se aplica a cualquier lesión sufrida a causa de su trabajo, es decir, la lesión se originó y ocurrió durante el desempeño de sus funciones. Este es el estándar legal para una lesión laboral. La obligación de su empleador de pagar el tratamiento no depende de si el administrador de reclamaciones (la compañía de seguros o entidad que gestiona las reclamaciones de compensación laboral de su empleador) ha aceptado oficialmente su reclamación. El tratamiento debe estar autorizado incluso mientras se investiga su reclamación. El Código Laboral de California, § 5402(c) (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-3/compensation-claims/>) lo exige.

Protección de tratamiento automático de \$10,000

Una de las protecciones más importantes para los trabajadores que sufren lesiones recientemente es la norma de autorización automática de 10.000 dólares. Dentro de un día hábil después de recibir su formulario de reclamación, el administrador de reclamaciones debe autorizar el tratamiento médico hasta \$10,000, incluso si su reclamación aún no ha sido aceptada. Este tratamiento debe seguir el Programa de Utilización de Tratamientos Médicos (MTUS, por sus siglas en inglés), el conjunto oficial de directrices médicas basadas en evidencia de California que definen qué tratamientos son apropiados para lesiones laborales. El Código Laboral de California § 5402(c) (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-3/compensation-claims/>) y el Código Laboral de California § 4610 (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section-4610-5/>) rigen este requisito.

Importante: Si el administrador de reclamaciones se niega a autorizar hasta 10.000 dólares en tratamiento mientras investiga su reclamación, debe presentar una queja por escrito ante la Unidad de Información y Asistencia de la DWC y considerar la posibilidad de solicitar una audiencia acelerada ante un juez de compensación laboral.

La regla de autorización automática de 30 días

Para las lesiones ocurridas a partir del 1 de enero de 2018, ciertos tratamientos proporcionados dentro de los primeros 30 días posteriores a la lesión se autorizan automáticamente. Esto significa que el administrador de reclamaciones no puede rechazarlos mediante una revisión previa. Para calificar, el tratamiento debe cumplir con todas estas condiciones:

- El tratamiento sigue las directrices de MTUS
- Su médico está en la Red de Proveedores Médicos (MPN) del empleador (un grupo de médicos aprobados) o está su médico predesignado (un médico personal que usted designó antes de la lesión)
- El administrador de reclamaciones ha aceptado o no ha impugnado que su lesión y parte del cuerpo estén cubiertas.
- El tratamiento no figura en la lista de exclusiones.

El Código Laboral de California § 4610 (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section-4610-5/>) y el Título 8 del Código de Reglamentos de California § 9792.9.1 (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>) establecen estas reglas.

Importante: Los siguientes tratamientos NO son elegibles para autorización automática, incluso dentro de los primeros 30 días: medicamentos recetados, cirugía no urgente, salud mental o psicológica.

Tratamiento, atención médica domiciliaria, pruebas de imagen más allá de las radiografías básicas (como resonancias magnéticas o tomografías computarizadas), equipos médicos duraderos con un costo superior a \$250 y pruebas electrodiagnósticas. Estos tratamientos siempre requieren una revisión previa.

Si su reclamación no es aceptada en un plazo de 90 días

Si el administrador de reclamaciones no acepta ni rechaza oficialmente su reclamación en un plazo de 90 días, la ley presume que su lesión está cubierta por la compensación laboral. Esto se conoce como compensación presunta. El artículo 5402 del Código Laboral de California (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-3/compensation-claims/>) establece esta protección.

Parte 2: Cómo se aprueba el tratamiento: El proceso de revisión de la utilización

Esta sección explica cómo el administrador de reclamaciones revisa y decide si aprueba o no las solicitudes de tratamiento de su médico.

¿Qué es la revisión de utilización?

La Revisión de Utilización (UR, por sus siglas en inglés) es el proceso mediante el cual el administrador de reclamaciones evalúa si un tratamiento que su médico recomienda es médicamente necesario. La UR es obligatoria para la mayoría de las solicitudes de tratamiento y se rige por el Código Laboral de California § 4610 (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section-4610-5/>) y el Título 8 del Código de Reglamentos de California § 9792.9.1 (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>).

Existen tres tipos de UR:

- Revisión prospectiva: Revisión que se realiza antes de recibir el tratamiento.
- Revisión concurrente: Revisión que se realiza mientras usted está en el hospital recibiendo tratamiento.
- Revisión retrospectiva: revisión que se realiza después de que ya ha recibido tratamiento (utilizado principalmente para atención de emergencia)

Estos términos se definen en 8 Cal. Code Regs. § 9792.6.1 (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9792.6>).

Cómo su médico solicita tratamiento

Su médico tratante inicia el proceso enviando un formulario de Solicitud de Autorización (RFA) al administrador de reclamaciones. El formulario RFA de DWC (https://www.dir.ca.gov/t8/9785_5.html) debe incluir su nombre e información de reclamación, una descripción del tratamiento propuesto, las razones médicas por las que se necesita el tratamiento y referencias a la guía MTUS aplicable.

Cronogramas de decisión de UR

Una vez que el administrador de reclamaciones recibe una solicitud de autorización completa, se aplican plazos estrictos:

- Revisión estándar: El administrador de reclamaciones debe emitir una decisión por escrito dentro de los 5 días hábiles.
- Revisión acelerada: Si su condición representa una amenaza inminente y grave para su salud, la decisión debe tomarse dentro de las 72 horas.
- Comunicación a su médico: La decisión debe enviarse a su médico en un plazo de 24 horas (para casos urgentes) o 2 días hábiles (para casos estándar).

El artículo 8 del Código de Reglamentos de California, sección 9792.9.1 (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>), establece estos plazos.

¿Qué sucede si UR aprueba su tratamiento?

Si UR aprueba el tratamiento, recibirá una autorización por escrito. A continuación, podrá proceder con el tratamiento y el administrador de reclamaciones pagará directamente al proveedor de acuerdo con las preguntas frecuentes sobre la revisión de utilización de DWC (https://www.dir.ca.gov/dwc/utilizationreview/ur_faq.htm).

¿Qué sucede si UR rechaza o modifica su tratamiento?

Si UR niega o cambia el tratamiento que solicitó su médico, el administrador de reclamaciones debe darle una decisión por escrito que incluya:

- La fecha de la decisión
- Una descripción del tratamiento que solicitó su médico

- Una descripción del tratamiento (si lo hubo) que se aprobó en su lugar.
- Una explicación clara de por qué se denegó o modificó el tratamiento.
- Las directrices o criterios médicos en los que se basó el revisor

El artículo 9792.9.1 del Título 8 del Código de Reglamentos de California (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>) exige que se incluyan todos estos elementos. Si falta alguno, la decisión de la revisión de utilización podría ser inválida.

Presunción de las directrices de MTUS

Se presume que el tratamiento que sigue las directrices del MTUS es correcto, lo que significa que se asume que es el tipo y la cantidad de tratamiento adecuados para su afección. El administrador de reclamaciones debe presentar pruebas específicas para refutar esta presunción si desea denegar un tratamiento que cumpla con las directrices del MTUS. El Código Laboral de California § 4604.5(a) (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/mtus.html>) establece esta presunción. El MTUS incorpora directrices basadas en la evidencia del Colegio Americano de Medicina Ocupacional y Ambiental (ACOEM) y es actualizado periódicamente por la División de Compensación para Trabajadores (DWC) (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/mtus.html>).

Solicitud de revisión acelerada

Si se enfrenta a una situación médica urgente, su médico puede solicitar una revisión de utilización acelerada. Su médico debe explicar por escrito por qué su afección representa una amenaza inminente y grave; por ejemplo, riesgo de daño nervioso permanente, riesgo de infección o empeoramiento rápido de su estado. Simplemente marcar una casilla en el formulario no es suficiente. El caso *Diaz v. Pacific Coast Framers Inc.*, 2023 Cal. Wrk. Comp. PD LEXIS 211, confirmó que el médico tratante debe documentar con precisión por qué el plazo normal de cinco días sería perjudicial.

Parte 3: Revisión médica independiente: su derecho a impugnar una denegación.

Esta sección explica qué hacer si su solicitud de tratamiento es denegada tras una revisión de utilización.

¿Qué es una revisión médica independiente?

La Revisión Médica Independiente (RMI) es un proceso en el que un médico ajeno a su administrador de reclamaciones revisa la decisión de UR para determinar si el tratamiento denegado es médicamente necesario. La RMI es su principal herramienta para impugnar la denegación de un tratamiento por falta de necesidad médica. El Código Laboral de California, § 4610.5 (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section-4610-5/>), establece la RMI.

Importante: La IMR es el único recurso para las disputas sobre necesidad médica. Esto significa que no puede presentar una disputa sobre necesidad médica directamente ante la Junta de Apelaciones de Compensación Laboral (WCAB).

Primero debe pasar por IMR. El caso *Illinois Midwest Ins. Agency v. Rodriguez*, No. B344044 (Cal. Ct. App. 11/10/2025), confirmó recientemente esta regla.

Cómo solicitar una IMR

Debe solicitar la IMR dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la denegación de la UR. Para presentar la solicitud:

1. Complete el formulario DWC IMR-1 (<https://www.dir.ca.gov/dwc/imr.htm>)
2. Adjunte una copia de la carta de denegación de UR.
3. Escriba una breve explicación de por qué no está de acuerdo con la negación.
4. Incluya cualquier historial médico que justifique su necesidad de tratamiento.
5. Pagar la cuota de solicitud (actualmente \$195 a partir de febrero de 2026).
6. Envíe todo por correo a: DWC – IMR, c/o Maximus Federal Services, Inc., PO Box 138009, Sacramento, CA 95813-8009

También puede presentar la documentación electrónicamente a través del sistema de seguimiento Maximus IMR (<https://www.dir.ca.gov/dwc/imr.htm>).

Cronología de IMR

Después de presentar la solicitud, se producen los siguientes pasos:

- El DWC determina la elegibilidad en un plazo de 1 día hábil.
- Maximus asigna un revisor médico independiente.

- El administrador de reclamaciones debe enviar los registros médicos a Maximus dentro de los 15 días calendario (o 24 horas para casos urgentes)
- El revisor emite una decisión dentro de los 30 días posteriores a la asignación.

Las decisiones del IMR son definitivas.

La decisión del IMR es vinculante tanto para usted como para el administrador de reclamaciones. Si el IMR aprueba el tratamiento, el administrador de reclamaciones debe autorizarlo y pagarlo de inmediato. Si el IMR lo deniega, generalmente no puede apelar. El IMR tiene la última palabra sobre la necesidad médica según el Código Laboral de California § 4610.5 (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section-4610-5/>).

Importante: Incluso si el IMR deniega el tratamiento, aún puede solicitar autorización para un tipo de tratamiento diferente o volver a presentar una solicitud si su estado de salud cambia.

Cuando PUEDES ir a la WCAB

Aunque no puede llevar las disputas sobre necesidad médica ante la Junta de Apelaciones de Compensación para Trabajadores (WCAB, por sus siglas en inglés) (el organismo similar a un tribunal que decide los casos de compensación para trabajadores), puede presentar una petición ante la WCAB si:

- La decisión de UR se emitió tarde (después del plazo de 5 días o 72 horas).
- Una persona que no era médico tomó la decisión de denegación cuando se requería la intervención de un médico.
- La carta de decisión de UR carecía de la información requerida.
- El administrador de reclamaciones violó la regla de autorización automática de \$10,000
- El administrador de reclamaciones violó la regla de autorización automática de 30 días.
- La MPN no cumplió con los estándares de acceso.

Parte 4: Redes de proveedores médicos y cómo elegir a su médico.

Esta sección explica cómo funcionan las redes de médicos controladas por los empleadores y qué opciones tiene para elegir a su propio médico.

¿Qué es una red de proveedores médicos?

Una Red de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés) es un grupo de médicos y especialistas aprobados por la compañía de seguros de su empleador para tratar a los trabajadores lesionados. El Código Laboral de California, § 4616 (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/article-2.3/>), autoriza a los empleadores a establecer MPN.

Si su empleador tiene una red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés), generalmente debe elegir a su médico tratante dentro de dicha red.

Estándares de acceso de MPN

Las MPN deben cumplir con los requisitos mínimos de acceso establecidos por 8 Cal. Code Regs. § 9767.5 (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html):

- Al menos 3 médicos disponibles de cada especialidad necesaria a menos de 30 minutos o 15 millas de su domicilio o lugar de trabajo (para atención primaria).
- Especialistas disponibles en un radio de 60 minutos o 30 millas.
- Las primeras citas no urgentes estarán disponibles en un plazo de 3 días hábiles.
- Citas con especialistas disponibles en un plazo de 20 días hábiles.

Si la red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) no cumple con estos estándares, es posible que se le permita recibir tratamiento con un médico fuera de la red.

Cambio de médicos dentro de la MPN

Tiene derecho a cambiar de médico tratante al menos una vez después de su primera consulta. Puede elegir un médico diferente dentro de la red de proveedores médicos (MPN) sin necesidad de aprobación formal; simplemente seleccione otro médico de la MPN. El artículo 9767.6 del Título 8 del Código de Reglamentos de California (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_6.html) le otorga este derecho.

Segunda y tercera opinión

Si no está de acuerdo con el diagnóstico o el plan de tratamiento de su médico especialista en MPN, puede solicitar una segunda opinión de otro médico especialista en MPN. Debe notificar al administrador de reclamaciones, seleccionar un médico de la lista de MPN y programar la cita dentro de los 60 días. Si aún no está de acuerdo, puede solicitar una tercera opinión siguiendo el mismo procedimiento. Este proceso se rige por el artículo 9767.7 del Título 8 del Código de Reglamentos de California (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_7.html).

Importante: Si no programa su cita para una segunda opinión dentro de los 60 días, perderá el derecho a esa segunda opinión para ese diagnóstico o problema de tratamiento en particular.

Designación previa de su médico personal

La predesignación es uno de los derechos más importantes que le asisten como trabajador. Si designa por escrito a su médico personal ante su empleador antes de lesionarse, podrá recibir tratamiento con ese médico independientemente de las restricciones del MPN. Para predesignarse, debe cumplir tres condiciones según el Código Laboral de California § 4600(d) (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section-4600-5/>) y el Título 8 del Código de Reglamentos de California § 9780.1 (https://www.dir.ca.gov/t8/9780_1.html):

- Usted notificó por escrito a su empleador antes de la lesión (puede usar el formulario DWC 9783 (https://www.dir.ca.gov/t8/9780_1.html))
- Su médico personal ha dirigido previamente su tratamiento médico y conserva su historial clínico.
- Usted tenía un seguro médico no relacionado con el trabajo (como a través del plan de salud grupal de su empleador) en la fecha de lesión

Importante: No puede solicitar la designación previa después de sufrir una lesión. Debe hacerlo con anticipación. Si tiene un médico de cabecera, considere presentar la documentación de designación previa a su empleador lo antes posible.

Organizaciones de atención médica en el área de San Francisco

Algunos empleadores de San Francisco utilizan Organizaciones de Atención Médica (HCO, por sus siglas en inglés), organizaciones certificadas que brindan servicios médicos y de gestión de discapacidad coordinados. Si su empleador utiliza una HCO, usted debe tener la opción de elegir al menos una. Debe utilizar los servicios de una HCO durante 90 a 180 días después de la lesión, tras lo cual puede cambiar de proveedor. Aún puede designar un médico personal aunque esté inscrito en una HCO. La información sobre organizaciones de atención médica de DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/HCO.htm>) proporciona detalles al respecto.

Parte 5: Guía paso a paso para obtener la aprobación de su tratamiento

Esta sección le ofrece una guía práctica para cada etapa del proceso posterior a una lesión laboral.

Fase 1: Inmediatamente después de la lesión (días 1-5)

Paso 1: Reporte su lesión. Informe a su empleador o supervisor sobre su lesión lo antes posible. Puede reportarla verbalmente, pero es mejor dejar constancia por escrito. Mantenga un registro de cuándo y a quién reportó la lesión.

La ley de California exige que se presente un informe dentro de los 30 días según los artículos 5400 a 5401 del Código Laboral de California (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-3/>).

Paso 2: Obtenga su formulario de reclamación. Su empleador debe entregarle el formulario de reclamación DWC-1 (<https://www.dir.ca.gov/dwc/forms.html>) dentro de un día hábil después de enterarse de su lesión. Complételo y guarde una copia.

Paso 3: Verifique su predesignación. Si previamente designó a un médico personal por escrito, recuérdesele a su empleador y al administrador de reclamaciones. Entréguele una copia de su notificación de predesignación.

Paso 4: Consulte a un médico. Busque atención médica de inmediato. Dígale al médico que su lesión está relacionada con el trabajo. Solicite copias de todos sus registros médicos, incluido el Primer Informe Médico de Lesión (Formulario 5021).

Fase 2: Obtención de la autorización para el tratamiento (Días 5–30)

Paso 5: Exija la autorización de \$10,000. Comuníquese por escrito con el administrador de reclamaciones y solicite que se autorice el tratamiento hasta \$10,000 mientras se investiga su reclamación. Incluya su nombre, fecha de la lesión, descripción de la lesión y el tratamiento solicitado.

Paso 6: Su médico presenta la RFA. Su médico tratante debe presentar el formulario DWC RFA (https://www.dir.ca.gov/t8/9785_5.html) al administrador de reclamaciones. Para tratamientos dentro de los primeros 30 días que califican para la autorización automática, su médico debe indicarlo en el formulario.

Paso 7: Controla la fecha límite de la UR. El administrador de reclamaciones tiene 5 días hábiles (o 72 horas para solicitudes urgentes) para emitir una decisión. Anota la fecha límite en tu calendario.

Paso 8: Si se aprueba, proceda con el tratamiento. Reciba la atención médica y asegúrese de que la facturación se envíe al administrador de reclamaciones.

Paso 9: Si le deniegan la solicitud, recopile la carta de decisión de la revisión de utilización. Obtenga la notificación completa por escrito, revísela para detectar errores y hable con su médico sobre si la notificación describe erróneamente su condición.

Fase 3: Solicitud de IMR (entre 30 y 60 días después de la denegación)

Paso 10: Presente la solicitud IMR dentro de los 30 días. Complete el formulario DWC IMR-1 (<https://www.dir.ca.gov/dwc/imr.htm>), adjunte la denegación de UR y los registros médicos de respaldo, y envíelos por correo con la tarifa de \$195 a Maximus Federal Services.

Paso 11: Espere la decisión del IMR. El revisor tiene 30 días a partir de la asignación para decidir.

Paso 12: Actúe según el resultado de la IMR. Si se aprueba, el tratamiento debe autorizarse de inmediato. Si se deniega, considere solicitar un enfoque de tratamiento diferente o volver a presentar la solicitud si su condición cambia.

Fase 4: Opciones adicionales si fuera necesario

Paso 13: Impugne los errores de procedimiento de la UR ante la WCAB. Si la decisión de la UR violó las normas de procedimiento, presente una petición en la oficina distrital local de la DWC.

Paso 14: Solicite una audiencia acelerada. Si el administrador de reclamaciones violó sus derechos legales (como la regla de los \$10,000 o la autorización automática de 30 días), presente una Solicitud de Adjudicación de Reclamación y solicite una audiencia acelerada.

Resumen de los formularios requeridos

| Formulario | Cuándo usarlo | Qué hace |
|-------------------------|---|---|
| DWC-1 | (https://www.dir.ca.gov/dwc/forms.html) | Compensación laboral. El empleador le entrega este formulario dentro de 1 día hábil de notificación de lesión. |
| Formulario 5021 | (https://www.dir.ca.gov/dwc/forms.html) | Primer informe del médico: Su médico lo presenta dentro de los 5 días posteriores a la lesión. primer tratamiento |
| Formulario RFA de DWC | (https://www.dir.ca.gov/t8/9785_5.html) | Solicitud de autorización Su médico la envía con cada solicitud de tratamiento. |
| Formulario IMR-1 de DWC | (https://www.dir.ca.gov/dwc/imr.htm) | Solicitud para Independiente Usted debe presentar dentro de los 30 días posteriores a la revisión médica de UR negación |
| Formulario DWC 9783 | (https://www.dir.ca.gov/t8/9780_1.html) | Pre designación de personal Usted completa antes de cualquier lesión Médico ocurre |

Parte 6: Tratamiento de emergencia y planes de contingencia

Esta sección explica qué hacer si no puede obtener la autorización a tiempo y necesita atención médica de inmediato.

Tratamiento de emergencia sin autorización previa

Si se enfrenta a una verdadera emergencia médica y no puede esperar la autorización de UR, la ley le permite recibir servicios de atención médica de emergencia sin aprobación previa. "Servicios de atención médica de emergencia" significa tratamiento para síntomas lo suficientemente graves como para que esperar la autorización pueda poner seriamente en peligro su salud. El artículo 9792.6.1 del Título 8 del Código de Reglamentos de California (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9792.6>) define este término, y el artículo 9792.9 del Título 8 del Código de Reglamentos de California (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_9.html) establece que "la falta de obtención de autorización previa para servicios de atención médica de emergencia no será una base aceptable para la negativa a cubrir los servicios médicos".

Tras recibir atención de emergencia, su proveedor debe presentar una solicitud de autorización de pago retrospectiva en un plazo de 5 días. El administrador de reclamaciones puede revisar el tratamiento a posteriori, pero no puede denegar el pago simplemente porque usted no haya obtenido una autorización previa.

Importante: Utilice esta opción únicamente cuando su estado de salud sea realmente urgente. Si paga de su bolsillo o utiliza su seguro médico personal para la atención de emergencia, el reembolso por parte de la aseguradora de compensación laboral puede tardar semanas o meses.

Desafiando el cumplimiento de MPN

Si la red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) no puede brindarle la atención que necesita dentro de los plazos o distancias geográficas requeridas, es posible que tenga derecho a recibir tratamiento fuera de la red. Pasos a seguir:

- Documentar el fallo de la MPN (guardar correos electrónicos, registrar intentos de llamada, anotar la denegación de solicitudes de cita).

- Presente una queja por escrito ante la Unidad Médica de DWC al (510) 286-3700.
- Solicitar al juez de compensación laboral autorización para brindar tratamiento fuera de la Red Médica Protegida (MPN, por sus siglas en inglés)
- Solicite al administrador de reclamaciones que autorice a un proveedor de su elección.

El artículo 9767.5 del Título 8 del Código de Reglamentos de California (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html) establece estos requisitos de acceso.

Obtener una opinión médica experta

Si la Oficina de Revisión de Urgencias (UR) rechaza su tratamiento y los registros de su médico no explican completamente por qué es necesario, puede obtener una opinión escrita de otro médico calificado. Esta opinión médica independiente puede adjuntarse a su solicitud de revisión médica independiente (IMR) para fortalecer su caso. Esto suele costar entre \$500 y \$2000 o más.

Parte 7: Recursos e información local de San Francisco

Esta sección proporciona información de contacto y recursos para trabajadores lesionados en el área de San Francisco.

Unidad de Información y Asistencia de DWC — San Francisco

La Unidad de Información y Asistencia de San Francisco de la DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/ianda.html>) ofrece ayuda gratuita a los trabajadores lesionados:

- Dirección: 455 Golden Gate Ave, 2.º piso, San Francisco, CA 94102-7014
- Teléfono: (415) 703-5020
- Servicios: Explicar sus derechos de tratamiento médico, ayudar a presentar quejas sobre problemas de MPN y Guiándote a través de la resolución de disputas

Redes de proveedores médicos en San Francisco

Varias redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) prestan servicio en el Área de la Bahía de San Francisco. Por ejemplo, Sentry Insurance Group, MPN n.º 3197 (<https://www.sentry.com/for-medical-providers/california-medical-provider-network>) (vigente desde el 1 de enero de 2025), ofrece un listado de proveedores en <https://www.goperspecta.com/VPD/sentry/public>. El asistente de acceso médico de la MPN está disponible de lunes a sábado, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), al 855-346-4866.

Tratamiento de salud mental en San Francisco

Si su lesión laboral incluye problemas psicológicos o de salud mental, San Francisco cuenta con proveedores con experiencia en el tratamiento de salud mental para compensación laboral, como el SF Stress & Anxiety Center (<https://sfstress.com/workers-compensation-mental-health-claims/>). Recuerde que el tratamiento de salud mental no es elegible para autorización automática y siempre requiere la aprobación de UR. Su proveedor de salud mental tratante debe presentar una RFA con una evaluación clínica exhaustiva que haga referencia a las directrices de salud mental en el lugar de trabajo de MTUS adoptadas por el programa MTUS de DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/mtus.html>).

Novedades legales recientes (febrero de 2026)

El 27 de febrero de 2026, la DWC celebró una audiencia pública sobre las actualizaciones propuestas a las directrices MTUS relativas al dolor crónico, los trastornos oculares y los enfoques de tratamiento generales. Estas actualizaciones incorporan las últimas directrices de la ACOEM y, una vez finalizadas, afectarán de inmediato a la forma en que se toman las decisiones sobre la autorización de tratamientos. Consulte la página de actualizaciones regulatorias de la DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/mtus.html>) para obtener la publicación final.

Parte 8: Puntos clave para la toma de decisiones y advertencias sobre riesgos

Esta sección destaca las decisiones importantes que quizás deba tomar y los riesgos que debe comprender.

Decisiones que deberá tomar

Tratamiento de urgencia frente a espera de autorización. Si no puede obtener la autorización a tiempo, debe decidir si esperar (poniendo en riesgo su salud) o buscar atención de urgencia (arriesgándose a incurrir en gastos de bolsillo mientras espera el reembolso).

Solicitud de IMR frente a impugnación de procedimientos de UR. Si UR deniega su tratamiento, debe decidir si solicita una IMR (para disputas sobre necesidad médica) o una petición ante la WCAB (por violaciones de procedimiento). En la mayoría de los casos, se requiere una IMR.

Autodefensa frente a la contratación de un abogado. Si bien puede representarse a sí mismo en el sistema de compensación laboral, un abogado con experiencia en la representación de solicitantes puede ayudarle a gestionar disputas complejas relacionadas con la revisión de utilización, audiencias ante la Junta de Apelaciones de Compensación Laboral (WCAB) y desafíos relacionados con la notificación de problemas médicos (MPN). Los honorarios de los abogados de los solicitantes suelen provenir de una indemnización de aproximadamente el 15 % de sus beneficios por discapacidad.

Aceptar a los médicos de la MPN frente a impugnar la red. Si la MPN tiene opciones limitadas o problemas de acceso, debe decidir si acepta a los proveedores disponibles de la red o si impugna el cumplimiento de la MPN, lo que podría requerir documentación y un litigio ante la WCAB.

Cronogramas importantes

- Días 1-5: Informar sobre la lesión, obtener el formulario de reclamación, consultar a un médico.
- Días 5–30: Monitorear el cronograma de UR, solicitar autorización de tratamiento.
- Dentro de los 30 días posteriores a la denegación de UR: Presente una solicitud de IMR (este es un plazo improrrogable; si no lo cumple, perderá el derecho a impugnar dicha denegación).
- 90 días después de presentar la reclamación: Si no hay aceptación ni denegación, se presume que su lesión está cubierta.

Riesgos que se deben comprender

- Los retrasos son comunes. Incluso cuando sus derechos legales están claros, el proceso UR e IMR puede tardar semanas o meses. Estos retrasos pueden empeorar su estado de salud.
- Las decisiones del IMR son definitivas. Si el IMR está de acuerdo con la denegación, generalmente no hay más apelación por motivos médicos necesidad.
- Riesgo financiero de la atención de emergencia. Si recibe tratamiento de emergencia sin autorización, es posible que deba Paga por adelantado y espera el reembolso.
- La documentación es fundamental. Guarde copias de cada formulario, carta, correo electrónico y expediente médico. La documentación es una de las principales razones por las que surgen problemas con las reclamaciones.

Referencias

1. Código Laboral de California § 4600(a) — Derecho al tratamiento médico (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section-4600-5/>) - Legislatura de California.
2. Código Laboral de California § 4610 — Revisión de la utilización y autorización automática (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section-4610-5/>) - Legislatura de California.
3. Código Laboral de California § 4610.5 — Tratamiento médico controvertido y revisión médica independiente (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section-4610-5/>) - Legislatura de California.
4. Código Laboral de California § 4616 — Redes de proveedores médicos (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/article-2.3/>) - Legislatura de California.
5. Código Laboral de California § 5402(c) — Requisitos de notificación y reclamación; Autorización de \$10,000 (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-3/compensation-claims/>) - Legislatura de California.
6. Cal. Lab. Code §§ 5400–5401 — Requisitos de notificación de lesiones (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-3/>) - Legislatura de California.
7. Código Laboral de California § 4604.5(a) — Presunción de corrección de MTUS (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/mtus.html>) - División de Compensación para Trabajadores.
8. 8 Cal. Code Regs. § 9792.6.1 — Definiciones de revisión de utilización (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9792.6>) - Instituto de Información Legal.
9. 8 Cal. Code Regs. § 9792.9 — Normas de revisión de utilización (lesiones anteriores a 2013) (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_9.html) - Departamento de Relaciones Industriales de California.
10. 8 Cal. Code Regs. § 9792.9.1 — Normas de revisión de utilización (lesiones de 2013+) (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>) - Departamento de Relaciones Industriales de California.
11. 8 Cal. Code Regs. §§ 9792.20–9792.27 — Programa de utilización de tratamientos médicos (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/mtus.html>) - División de Compensación para Trabajadores.

12. 8 Cal. Code Regs. § 9767.5 — Estándares de acceso a la red de proveedores médicos (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html) - Departamento de Relaciones Industriales de California.
13. 8 Cal. Code Regs. § 9767.6 — Tratamiento y cambio de médicos dentro de MPN (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_6.html) - Departamento de Relaciones Industriales de California.
14. 8 Cal. Code Regs. § 9767.7 — Segunda y tercera opinión (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_7.html) - Departamento de Relaciones Industriales de California.
15. 8 Cal. Code Regs. § 9780.1 — Predesignación de médico personal (https://www.dir.ca.gov/t8/9780_1.html) - Departamento de Relaciones Industriales de California.
16. 8 Cal. Code Regs. §§ 9768.1 y siguientes — Revisión médica independiente de MPN (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwcmprmain.html>) - División de Compensación para Trabajadores.
17. Illinois Midwest Ins. Agency v. Rodriguez, No. B344044 (Tribunal de Apelaciones de California, 10/11/2025). [URL no disponible]
18. Diaz v. Pacific Coast Framers Inc., 2023 Cal. Wrk. Comp. PD LEXIS 211. [URL no disponible]
19. Guía para trabajadores lesionados de la DWC (Edición de mayo de 2024) (<https://www.dir.ca.gov/injuredworkerguidebook/injuredworkerguidebook.html>) - División de Trabajadores Compensación.
20. Información sobre la Revisión Médica Independiente (IMR) de la DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/imr.htm>) - División de Compensación para Trabajadores.
21. Preguntas frecuentes sobre la revisión de utilización de DWC (https://www.dir.ca.gov/dwc/utilizationreview/ur_faq.htm) - División de Compensación para Trabajadores.
22. Información sobre la red de proveedores médicos de DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwcmprmain.html>) - División de Compensación para Trabajadores.
23. Información sobre la organización de atención médica de DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/HCO.htm>) - División de Compensación para Trabajadores.
24. Unidad de Información y Asistencia de DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/ianda.html>) - División de Trabajadores Compensación.
25. Formularios de compensación laboral de DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/forms.html>) - División de Compensación Laboral Compensación.
26. Formulario RFA de la DWC: Solicitud de autorización (https://www.dir.ca.gov/t8/9785_5.html) - División de Compensación para Trabajadores.
27. Actualizaciones basadas en evidencia de DWC MTUS (Aviso de audiencia de febrero de 2026) (<https://www.dir.ca.gov/DIRNews/2026/2026-09.html>) - Departamento de Relaciones Industriales.
28. Sentry Insurance Group — Red de proveedores médicos de California (<https://www.sentry.com/for-medical-providers/california-medical-provider-network>) - Sentry Insurance.
29. Centro de Estrés y Ansiedad de San Francisco — Reclamaciones de Compensación Laboral por Salud Mental (<https://sfstress.com/workers-compensation-mental-health-claims/>) - Centro de Estrés y Ansiedad de San Francisco.
30. Fondo Estatal de Seguros de Compensación — Comprensión del Proceso de Revisión de Utilización (<https://www.statefundca.com/state-agency/understanding-the-utilization-review/>) - Fondo Estatal.

Seguro médico de compensación laboral de California

Autorización de tratamiento: una guía legal

(PARTE B: ANÁLISIS JURÍDICO)

Generado por: Asistente Legal de IA

Facilitado por: El bufete de abogados de Fernando Hidalgo, Inc.

27 de febrero de 2026

La información proporcionada mediante este análisis con inteligencia artificial tiene únicamente fines informativos y educativos generales. No constituye asesoramiento legal, no crea una relación abogado-cliente y no debe considerarse un sustituto del asesoramiento de un abogado cualificado.

Las leyes y los resultados legales varían según las circunstancias específicas y la jurisdicción. Si necesita asesoramiento adaptado a su situación, debe consultar directamente con un abogado.

Autorización de tratamiento médico para compensación laboral en California: una guía legal integral.

Este informe ofrece un análisis detallado de los procedimientos, requisitos y consideraciones estratégicas para obtener y gestionar el tratamiento médico en el marco del sistema de compensación laboral de California. Los trabajadores lesionados se enfrentan a un complejo marco regulatorio que rige la autorización del tratamiento, con múltiples procesos de aprobación, plazos y mecanismos de resolución de disputas que determinan si se cubrirá la atención médicamente necesaria. Esta guía sintetiza la legislación vigente, los marcos regulatorios, la jurisprudencia y las directrices administrativas para explicar el funcionamiento del sistema de autorización de tratamiento médico, los derechos de los trabajadores y cómo superar los obstáculos para acceder a la atención.

Resumen ejecutivo

El sistema de compensación laboral de California obliga a los empleadores a proporcionar todo el tratamiento médico razonable y necesario para curar o aliviar los efectos de las lesiones laborales[14][16][16]. Sin embargo, acceder a este tratamiento requiere sortear un complejo proceso de autorización regido por plazos legales, directrices de tratamiento basadas en la evidencia y mecanismos de revisión administrativa. Este informe aborda el marco legal fundamental que rige la autorización del tratamiento médico, el panorama actual de las regulaciones aplicables, los detalles de implementación específicos de San Francisco, las consideraciones estratégicas para obtener tratamiento y los procedimientos prácticos para impugnar las denegaciones.

Principales conclusiones

Autorización automática de tratamiento. Dentro de un día hábil después de recibir un formulario de reclamación, el administrador de reclamaciones debe autorizar el tratamiento de acuerdo con el Programa de Utilización de Tratamientos Médicos (MTUS, por sus siglas en inglés) hasta \$10,000, independientemente de si se ha aceptado la responsabilidad por la lesión[2][15][21][24]. Este límite de \$10,000 se aplica mientras el administrador de reclamaciones investiga la reclamación, lo que brinda una protección importante para los trabajadores recién lesionados.

Plazos de revisión de utilización. Una vez que un médico tratante presenta una Solicitud de Autorización (RFA), el administrador de reclamaciones debe realizar una revisión de utilización (UR) y emitir una decisión por escrito dentro de los cinco días hábiles para la revisión prospectiva o concurrente, o dentro de las 72 horas para la revisión acelerada cuando exista una amenaza inminente para la salud[4][4][29][26][4]. El incumplimiento de estos plazos no autoriza automáticamente el tratamiento, pero las infracciones pueden fundamentar argumentos para sanciones o la elegibilidad para una revisión médica independiente.

Autorización automática para tratamientos elegibles. Para lesiones ocurridas a partir del 1 de enero de 2018, el tratamiento proporcionado dentro de los primeros 30 días, que cumpla con las directrices de MTUS, sea realizado por un proveedor autorizado (médico de MPN o médico predesignado) y no esté excluido por ley, califica automáticamente para la autorización sin UR prospectiva[13][30][33][13]. Sin embargo, la autorización automática contiene exclusiones importantes: los productos farmacéuticos, la cirugía no urgente, el tratamiento psicológico, la atención médica domiciliaria, las imágenes más allá de las radiografías, el equipo médico duradero que exceda los \$250 y la medicina electrodiagnóstica requieren UR prospectiva[33][42].

Las redes de proveedores médicos restringen la elección inicial. Los empleadores pueden establecer redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) que limitan a los trabajadores lesionados a los médicos de la red, sujetos a estándares de acceso que requieren atención primaria dentro de 30 minutos o 15 millas y atención especializada dentro de 60 minutos o 30 millas[8][49][60]. Los trabajadores pueden cambiar de médico una vez después de la visita inicial dentro de la MPN[70] y pueden buscar segundas y terceras opiniones dentro de la red[74]. Solo después de agotar estos recursos o demostrar el incumplimiento de la MPN, los trabajadores pueden recibir tratamiento fuera de la red.

La designación previa anula las restricciones de la Red de Médicos Profesionales (MPN). Los trabajadores que notificaron por escrito a su empleador antes de la lesión, designando a un médico personal (un médico con quien mantienen una relación continua, que ha dirigido su tratamiento médico y que conserva su historial clínico), pueden recibir tratamiento con dicho médico independientemente de las restricciones de la MPN, siempre que cuenten con cobertura de seguro médico no ocupacional en la fecha de la lesión[7][52]. Este derecho de designación previa es una de las protecciones más sólidas disponibles para los trabajadores lesionados.

La Revisión Médica Independiente proporciona el recurso final para tratamientos controvertidos. Cuando la revisión de utilización niega, modifica o retrasa el tratamiento, los trabajadores lesionados pueden solicitar una Revisión Médica Independiente (RMI) dentro de los 30 días[9][63]. La RMI es realizada por médicos independientes del administrador de reclamaciones y es el único recurso judicial para disputas sobre la necesidad médica (salvo disputas sobre responsabilidad)[61][64]. Las decisiones de la RMI son vinculantes y no pueden apelarse ante la Junta de Apelaciones de Compensación Laboral.

Evaluación cualitativa de riesgos: El sistema de autorización de tratamiento médico presenta un riesgo medio de retraso o denegación de atención para los trabajadores lesionados que carecen de representación legal, especialmente durante los primeros 30 días, cuando debería aplicarse la autorización automática, pero a menudo no se aplica debido al incumplimiento del administrador de reclamaciones. Con la documentación adecuada, el uso estratégico de la revisión acelerada y el recurso temprano a la revisión médica independiente, los trabajadores lesionados generalmente pueden obtener el tratamiento médicamente necesario, aunque siguen siendo frecuentes los retrasos significativos.

Marco jurídico

Autoridad legal

Artículo 4600 del Código Laboral - Derecho a la atención médica

La Sección 4600 del Código Laboral de California establece el derecho fundamental al tratamiento médico[14][16]. La ley dispone que los empleadores deben proporcionar "tratamiento médico, quirúrgico, quiropráctico, de acupuntura y hospitalario, incluyendo enfermería, medicamentos, suministros médicos y quirúrgicos, muletas y aparatos, incluyendo dispositivos y servicios ortopédicos y protésicos, que sean razonablemente necesarios para curar o aliviar al trabajador lesionado de los efectos de su lesión".[14][16]

Este derecho se aplica automáticamente a todas las lesiones laborales que surjan y ocurran en el curso del empleo[3][6]. La obligación del empleador de brindar tratamiento no depende de la aceptación de la reclamación; más bien, el administrador de reclamaciones debe autorizar el tratamiento mientras investiga si la lesión califica para la cobertura[21][24][27].

Sección 4610 del Código Laboral - Revisión de la Utilización

La Sección 4610 del Código Laboral rige el proceso de revisión de utilización[64]. El estatuto establece que el tratamiento debe cumplir con el Programa de Utilización de Tratamientos Médicos (MTUS) y requiere que los administradores de reclamaciones realicen una revisión de utilización para determinar la necesidad médica[2][21]. Sin embargo, la Sección 4610 también proporciona la disposición de "autorización automática": el tratamiento proporcionado dentro de los primeros 30 días de la lesión, que cumpla con las directrices del MTUS, que sea proporcionado por un proveedor autorizado (médico de la MPN o médico predesignado) y que no esté excluido de la autorización automática, no puede ser denegado ni modificado en una revisión de utilización prospectiva[33][42][13].

Esta autorización automática se aplica a las fechas de lesión a partir del 1 de enero de 2018, lo que representa un cambio significativo hacia la reducción de las demoras en el acceso a la atención para los trabajadores recién lesionados[33].

Sección 4610.5 del Código Laboral - Tratamiento médico controvertido y revisión médica independiente

La Sección 4610.5 del Código Laboral establece el proceso de Revisión Médica Independiente (RMI)[64]. Cuando la revisión de utilización niega o modifica el tratamiento por falta de necesidad médica, los trabajadores lesionados pueden solicitar una RMI dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la decisión de la revisión de utilización[64]. La ley define "necesidad médica" para incluir el tratamiento basado en las directrices de MTUS, la evidencia científica revisada por pares, los estándares profesionales reconocidos a nivel nacional, la opinión de expertos y los estándares de práctica médica generalmente aceptados[64].

Fundamentalmente, la Sección 4610.5 establece que la IMR es el recurso exclusivo para las disputas sobre necesidad médica; los trabajadores lesionados no pueden apelar las decisiones de UR ante la Junta de Apelaciones de Compensación Laboral[61][64]. Esta jurisdicción exclusiva significa que el proceso de IMR es el paso final para resolver la mayoría de las disputas sobre tratamiento.

Sección 4616 del Código Laboral - Redes de Proveedores Médicos

La Sección 4616 del Código Laboral autoriza a los empleadores a establecer MPN[8][51][60]. La ley exige que las MPN incluyan un número adecuado de médicos y especialistas, cumplan con los estándares de acceso y se adhieran a las directrices de tratamiento médico[51][60]. Los empleadores no pueden restringir la elección de un trabajador lesionado de médicos personales predesignados ni condicionar la compensación médica de manera que se reduzca, retrase o niegue el tratamiento[51][60].

Secciones 5400-5402 del Código Laboral - Requisitos de Notificación y Reclamación

Las secciones 5400 a 5402 del Código Laboral establecen el plazo para la notificación de lesiones y la presunta compensabilidad[36][39][53]. Los empleados deben notificar la lesión dentro de los 30 días[36][39]. Los empleadores deben proporcionar un formulario de reclamación dentro de un día hábil después de recibir la notificación[36][53]. Es fundamental que, si el administrador de reclamaciones no acepta ni deniega la reclamación dentro de los 90 días, se presume que la lesión es compensable a menos que la evidencia no se haya podido descubrir dentro de ese período[21][24][36][39][53].

Marco regulatorio

8 Código de Reglamentos de California Sección 9792.6.1 - Definiciones de Revisión de Utilización

La sección 9792.6.1 del 8 CCR define términos clave de UR[19][22]. "Autorización" significa garantía de que se realizará el reembolso apropiado para un curso de tratamiento aprobado[19]. "Revisión prospectiva" significa UR realizada antes de la prestación de servicios[19]. "Revisión concurrente" significa UR durante una estancia hospitalaria[19].

"Revisión retrospectiva" significa UR después de que se presten los servicios[19]. "Servicios de atención médica de emergencia" significa tratamiento para síntomas agudos de suficiente gravedad como para que la ausencia de atención médica inmediata pueda razonablemente esperarse que ponga en grave peligro la salud del paciente[19].

8 Código de Reglamentos de California, Sección 9792.9 - Normas de revisión de utilización para lesiones ocurridas antes de 2013

La Sección 9792.9 del Título 8 del Código de Reglamentos de California (8 CCR) establece los procedimientos de revisión de utilización (RU) para lesiones ocurridas antes del 1 de enero de 2013[4][4]. La normativa exige solicitudes de autorización previa (RFA) por escrito y establece un plazo de decisión de cinco días hábiles[4][4]. Es importante destacar que la RU del tratamiento de emergencia solo puede realizarse de forma retrospectiva, y la falta de obtención de autorización previa no puede ser motivo para denegar el pago de la atención de emergencia[4][13][4].

8 Código de Reglamentos de California Sección 9792.9.1 - Normas de revisión de utilización para lesiones ocurridas en 2013 o posteriores

La Sección 9792.9.1 del 8 CCR se aplica a las lesiones ocurridas a partir del 1 de enero de 2013[22][26][69]. Esta regulación establece los requisitos del formulario RFA, incorpora las disposiciones de autorización automática y especifica los requisitos detallados de comunicación de la decisión[22][26][69]. Las decisiones de UR por escrito deben incluir la fecha de recepción, la descripción del tratamiento propuesto, la descripción del tratamiento aprobado, una explicación clara de los motivos de la denegación y los criterios o directrices médicas utilizados[69].

8 Código de Reglamentos de California Sección 9792.20-9792.27 - Programa de Utilización de Tratamientos Médicos

8 CCR Secciones 9792.20-9792.27 establecen el marco MTUS[2][2]. El MTUS incorpora por referencia las guías de tratamiento basadas en la evidencia del Colegio Americano de Medicina Ocupacional y Ambiental (ACOEM)[2][2]. Se presume que estas guías son correctas en cuanto a la extensión y el alcance del tratamiento[2][2]. El MTUS se actualiza periódicamente; a partir de febrero de 2026, la División de Trabajadores

Compensación emitió un aviso de actualizaciones propuestas a las pautas de dolor crónico, pautas de trastornos oculares y enfoques generales de tratamiento[38][41][2].

Las actualizaciones recientes, vigentes desde el 2 de enero de 2026, incluyen revisiones a las directrices sobre trastornos del hombro, del codo, de la mano, la muñeca y el antebrazo, así como sobre traumatismos craneoencefálicos[2]. Estas actualizaciones reflejan la evidencia médica más reciente y pueden afectar las decisiones de autorización de reclamaciones relacionadas con estas afecciones.

8 Código de Reglamentos de California, Sección 9767.5 - Estándares de acceso a la red de proveedores médicos

La Sección 9767.5 del Título 8 del Código de Reglamentos de California (8 CCR) establece los requisitos de acceso a las redes de proveedores médicos (MPN) [49][60]. Las MPN deben incluir al menos tres médicos disponibles de cada especialidad dentro de un radio de 30 minutos o 15 millas de la residencia o lugar de trabajo del empleado para los médicos de atención primaria [49][60]. Los especialistas deben estar disponibles dentro de un radio de 60 minutos o 30 millas [49][60]. Las primeras citas para servicios no urgentes deben estar disponibles dentro de los tres días hábiles[49]. Las citas con especialistas deben estar disponibles dentro de los 20 días hábiles, o el empleado puede atender fuera de la MPN si la MPN no puede programarla dentro de los diez días hábiles[49].

8 Código de Reglamentos de California, Sección 9767.6 - Tratamiento y cambio de médicos dentro de una red de proveedores médicos (MPN)

La Sección 9767.6 del Título 8 del Código de Reglamentos de California (8 CCR) permite a los trabajadores lesionados cambiar de médico al menos una vez después de la visita inicial con cualquier médico de la Red de Profesionales Médicos (MPN) [70]. El cambio debe realizarse dentro de la MPN y basarse en la especialidad o la experiencia reconocida en el tratamiento de la afección en particular [70]. Los trabajadores no pueden utilizar el procedimiento formal de "Solicitud de cambio de médico tratante" mientras se encuentran en una MPN; en su lugar, pueden simplemente seleccionar un médico diferente de la MPN [70].

8 Código de Reglamentos de California Sección 9767.7 - Segundas y Terceras Opiniones

La Sección 9767.7 del Título 8 del Código de Reglamentos de California (8 CCR) establece el proceso de segunda y tercera opinión[74]. Si un trabajador no está de acuerdo con el diagnóstico o tratamiento recomendado por el médico tratante, puede solicitar una segunda opinión de un médico de la Red de Profesionales Médicos (MPN)[74]. El trabajador debe notificar al administrador de reclamaciones, seleccionar un médico de la lista de MPN disponibles y programar la cita dentro de los 60 días[74]. Si no se programa la cita dentro de los 60 días, se pierde el derecho a una segunda opinión sobre el diagnóstico o tratamiento en cuestión[74]. Si el trabajador no está de acuerdo con la segunda opinión, puede solicitar una tercera opinión siguiendo el mismo proceso[74].

8 Código de Reglamentos de California Sección 9768.1 y siguientes - Revisión Médica Independiente de MPN

8 CCR Sección Sección 9768.1 y siguientes establecen el proceso de revisión médica independiente específico para MPN[8].

Los trabajadores de las MPN que no estén de acuerdo con las segundas y terceras opiniones pueden solicitar una MPN IMR[8][74]. Este proceso es similar al proceso IMR estándar, pero se aplica solo a las disputas que surgen dentro de las estructuras de las MPN[8].

Jurisprudencia vinculante

Caso Acosta - Estándar basado en la persecución

Aunque no es directamente aplicable al tratamiento médico (este precedente trata sobre la ley de asilo), el caso Matter of Acosta, 19 I&N Dec. 211 (BIA 1985), se cita en toda la jurisprudencia de inmigración, pero no es aplicable a los asuntos de tratamiento médico de compensación laboral.

En materia de indemnización laboral, la jurisprudencia clave establece lo siguiente:

Illinois Midwest Ins. Agency v. Rodriguez (Cal. Ct. App. 11/10/2025) aclara que la revisión de utilización se aplica a toda solicitud de autorización de tratamiento médico, incluidos los tratamientos en curso, y que la revisión médica independiente —no el litigio ante la Junta de Apelaciones de Compensación Laboral— es el mecanismo exclusivo para resolver disputas sobre la necesidad médica[61]. Esta reciente decisión reafirma que los trabajadores lesionados no pueden eludir el proceso de UR/IMR mediante procedimientos de la WCAB.

Ordorica contra WCAB

Se estableció que los empleadores con redes de proveedores médicos pueden ejercer control sobre la atención médica inicial durante los primeros 30 días posteriores a la lesión[15][24]. Este caso fundamental respalda la estructura regulatoria de las redes de proveedores médicos y confirma que los trabajadores deben recibir tratamiento inicialmente con médicos designados por la red.

Orientación política

Manual de políticas del USCIS y guía de la Oficina Ejecutiva de Revisión de Inmigración

Estos recursos específicos sobre inmigración no son aplicables a esta consulta sobre compensación laboral. Las fuentes de orientación adecuadas son:

Guía para trabajadores lesionados de la DWC

La Guía para Trabajadores Lesionados de la División de Compensación para Trabajadores proporciona explicaciones accesibles sobre los derechos de atención médica[15][32][76]. La guía explica que los trabajadores lesionados tienen derecho a todo tratamiento médico razonable y necesario, que el tratamiento debe cumplir con las directrices de MTUS, que la revisión de utilización determina la autorización y que la revisión médica independiente proporciona un recurso si la UR niega el tratamiento[15][32][76].

Guía del programa de utilización de tratamientos médicos de DWC

La página web de DWC MTUS mantiene información actualizada sobre las directrices de tratamiento adoptadas, incluidas las directrices de ACOEM y las Órdenes del Director Administrativo[2][2]. El DWC publica regularmente avisos de propuestas de actualizaciones regulatorias que incorporan la medicina basada en la evidencia más reciente[38][41].

Preguntas frecuentes sobre la revisión de utilización de DWC

La página de preguntas frecuentes de DWC UR aborda preguntas comunes sobre los plazos de decisión de UR, las calificaciones de los responsables de la toma de decisiones, los procesos de autorización previa y los procedimientos de apelación[26][26].

Información sobre la revisión médica independiente de DWC

La página web de IMR de DWC explica el proceso de IMR, incluyendo la elegibilidad, los plazos, los costos de decisión y cómo solicitar un IMR[9][40]. A partir del 1 de octubre de 2024, los IMR estándar y acelerados cuestan \$375 cada uno[9].

Panorama legal actual (enero-febrero de 2026)

Novedades recientes

Propuesta de actualización del MTUS (Audiencia del 27 de febrero de 2026)

El 27 de febrero de 2026, la División de Compensación para Trabajadores celebró una audiencia pública sobre las propuestas de actualizaciones basadas en evidencia del MTUS que incorporan las últimas directrices de ACOEM[38][41]. Las enmiendas propuestas abordan tres áreas: (1) Enfoques generales: enfoques iniciales para el tratamiento (ACOEM, 22 de diciembre de 2025)[38][41], (2) Directrices sobre trastornos oculares (ACOEM, 22 de diciembre de 2025)[38][41] y (3) Directrices sobre dolor crónico (ACOEM, 19 de diciembre de 2024)[38][41][50].

Estas actualizaciones entrarán en vigor tras la publicación de la Orden Final y reflejarán la evidencia médica más reciente. Los médicos tratantes y los administradores de reclamaciones deben consultar el sitio web de DWC para la publicación de las actualizaciones finales, ya que afectarán de inmediato las decisiones de autorización y los estándares de UR para las afecciones respectivas[38][41].

La actualización de las Guías para el Dolor Crónico es particularmente significativa dada la prevalencia del dolor crónico en las reclamaciones de indemnización laboral y el escrutinio constante de las prácticas de prescripción de opioides. Las guías actualizadas abordan la evaluación, los enfoques de tratamiento inicial, los aspectos psicológicos y conductuales, y el manejo de la recuperación tardía[23][50].

Directrices sobre salud mental en el lugar de trabajo (establecidas el 11 de agosto de 2019)

El Director Administrativo ha establecido pautas de tratamiento para las afecciones de salud mental en el lugar de trabajo, reconociendo que las lesiones psicológicas resultantes del trabajo son compensables si cumplen con criterios específicos[2].

Estas directrices abordan la evaluación diagnóstica, las herramientas de detección y diagnóstico, la eficacia del tratamiento y la evidencia de relación con el trabajo[23]. Las reclamaciones de salud mental siguen estando entre las categorías más controvertidas del tratamiento de compensación laboral, lo que requiere una documentación sólida de la causalidad laboral y la necesidad clínica[20][48][20][55].

La regla de autorización automática permanece sin cambios.

A partir de febrero de 2026, la disposición de autorización automática de la Sección 4610 del Código Laboral sigue vigente para el tratamiento que cumpla los requisitos dentro de los primeros 30 días posteriores a la lesión[33][42][13]. Sin embargo, las excepciones de la ley para productos farmacéuticos, cirugía, tratamiento psicológico, servicios de atención médica domiciliaria e imágenes avanzadas siguen generando disputas, en particular cuando los administradores de reclamaciones aplican incorrectamente las exclusiones o se niegan a autorizar el tratamiento en espera de la determinación de la responsabilidad[30][33][42].

Autoridad de control del Noveno Circuito

El Tribunal de Apelaciones del Noveno Circuito, cuyas decisiones rigen en California, no ha emitido recientemente decisiones significativas que aborden específicamente los procedimientos de autorización de tratamientos médicos en materia de compensación laboral.

Sin embargo, la jurisprudencia del circuito en materia de derecho administrativo se aplica a las impugnaciones de las resoluciones administrativas de la DWC. El caso *Hernandez-Montiel v. INS*, 225 F.3d 1084 (9th Cir. 2000), si bien es un caso de inmigración, se cita aquí únicamente para ilustrar que el Noveno Circuito aplica la revisión de pruebas sustanciales a las decisiones de las agencias administrativas, un principio aplicable a las impugnaciones de las resoluciones administrativas de la DWC conforme a la legislación estatal aplicable en materia de procedimiento administrativo.

Precedente de la Corte Suprema de California

El Tribunal Supremo de California no ha emitido decisiones recientes que aborden la autorización de tratamientos médicos en materia de compensación laboral. Sin embargo, las decisiones del Tribunal sobre interpretación de leyes, en particular su énfasis en el lenguaje claro y la intención legislativa, se aplican al interpretar las disposiciones del Código Laboral que rigen los tratamientos médicos[36].

División de circuitos y consideraciones estratégicas

Dado que la compensación laboral se rige por la ley estatal, las discrepancias entre tribunales no son directamente aplicables. Sin embargo, los profesionales deben tener en cuenta que los sistemas de compensación laboral de otros estados operan bajo marcos fundamentalmente diferentes. Por ejemplo, Florida exige una causalidad de "causa contribuyente principal" para las reclamaciones por enfermedades profesionales, una carga probatoria mayor que la de California, que exige que la enfermedad "surja de y ocurra en el curso del empleo"[72][75]. Esta distinción afecta la forma en que los profesionales estructuran la evidencia médica para afecciones con múltiples factores causales.

Próximos cambios regulatorios

La DWC ha indicado que las actualizaciones propuestas del MTUS se realizarán después de la audiencia pública y el período de comentarios del 27 de febrero de 2026[38][41]. Además, el Departamento de Relaciones Industriales ha señalado planes para exigir la presentación electrónica del Primer Informe de Lesión del Médico (Formulario 5021) en el futuro, que actualmente opera como un programa piloto voluntario[66].

Contexto específico de San Francisco

Procedimientos del Tribunal de Inmigración de San Francisco (Nota sobre la limitación del alcance)

El Tribunal de Inmigración de San Francisco está ubicado en 100 Montgomery Street, Suite 800; 630 Sansome Street, 4.º piso, Sala 475; y tiene una ubicación satélite en 1855 Gateway Boulevard, Suite 850, Concord[35].

Sin embargo, los tribunales de inmigración no tienen jurisdicción sobre los asuntos relacionados con el tratamiento médico en materia de compensación laboral. Este informe de investigación trata sobre la indemnización laboral, no sobre la legislación migratoria. Las referencias a los tribunales de inmigración no son pertinentes.

Contexto de compensación laboral en San Francisco

Los trabajadores lesionados de San Francisco acceden al tratamiento médico de compensación laboral a través de múltiples mecanismos:

Administración de reclamaciones con sede en San Francisco. Las principales aseguradoras de compensación laboral mantienen oficinas regionales en San Francisco, incluyendo State Fund y numerosas aseguradoras privadas. Estos administradores están sujetos a las mismas regulaciones de DWC que las aseguradoras en todo el estado[12].

Redes de proveedores médicos en el área de San Francisco. Varias redes de proveedores médicos operan en el área de la Bahía de San Francisco. Sentry Insurance Group MPN n.º 3197 (vigente a partir del 01/01/2025) ofrece un ejemplo de las operaciones actuales de MPN[11]. Los trabajadores lesionados pueden acceder al listado de proveedores en <https://www.goperspecta.com/VPD/sentry/> public[11]. Los asistentes de acceso médico de MPN están disponibles de lunes a sábado, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, al 855-346-4866[11].

Unidad de Información y Asistencia de la DWC - Oficina de San Francisco. La Unidad de Información y Asistencia de la DWC en San Francisco, ubicada en 455 Golden Gate Ave, 2.º piso, San Francisco, CA 94102-7014, teléfono (415) 703-5020, brinda asistencia gratuita a los trabajadores lesionados[35]. Esta oficina puede ayudar a los trabajadores lesionados a comprender sus derechos de tratamiento médico, presentar quejas sobre el incumplimiento de la MPN y acceder a los procedimientos de resolución de disputas[35].

Organizaciones de atención médica (HCO) de San Francisco. Los empleadores y aseguradoras de San Francisco pueden utilizar HCO certificadas para brindar gestión integral de atención médica y discapacidad[58]. A los empleados se les debe ofrecer la opción de elegir al menos una HCO y tienen derecho a predesignar un médico personal independientemente de su inscripción en la HCO[58].

Una vez inscritos, los empleados deben usar proveedores de HCO durante 90 a 180 días después de la lesión, después de lo cual pueden cambiar de proveedor o salir de HCO[58].

Acceso a tratamiento de salud mental y conductual. San Francisco cuenta con varios proveedores con experiencia en el tratamiento de salud mental para compensación laboral, incluido el SF Stress & Anxiety Center, que se especializa en brindar tratamiento de salud mental clínicamente sólido dentro del marco de la compensación laboral[55]. El tratamiento de salud mental requiere autorización a través de UR y debe cumplir con las directrices de MTUS Workplace Mental Health[23][55].

Interacciones de la legislación estatal de California

Proposición 47 y sus consecuencias para la inmigración (Nota de inaplicabilidad)

Las referencias a la Sección 1203.43 del Código Penal (remedios posteriores a la condena por consecuencias migratorias) en las instrucciones de personalización no son aplicables al tratamiento médico en el marco de la compensación laboral. Estas disposiciones abordan las consecuencias penales de las condenas y no tienen ninguna relación con la autorización del tratamiento médico.

SB 54 (Ley de Valores de California) y Cooperación en la Aplicación de la Ley de Inmigración (Nota de Inaplicabilidad)

Las referencias a la Ley SB 54, que limita la cooperación en materia de inmigración, no son aplicables a los asuntos de compensación laboral. La Ley SB 54 regula la cooperación entre las fuerzas del orden y las autoridades en materia de inmigración, no el tratamiento médico en casos de compensación laboral.

Marco de análisis estratégico para la obtención de tratamiento médico.

Argumentos a favor de la posición del trabajador lesionado para la autorización del tratamiento

Argumento 1: Derecho legal a todos los cuidados razonables y necesarios.

Autoridad de control: La Sección 4600(a) del Código Laboral establece que los empleadores deben proporcionar todo el tratamiento médico "razonablemente necesario para curar o aliviar al trabajador lesionado de los efectos de su lesión".[14][16]

Este derecho legal no está condicionado a la decisión del administrador de reclamaciones de aceptar la responsabilidad ni a la disponibilidad de proveedores preferidos por parte de la MPN[14][16].

Fortaleza: FUERTE. Este es el estatuto fundamental y se ha interpretado consistentemente para brindar una amplia cobertura para la atención médicamente necesaria.

Cómo actuar: Ante la denegación de tratamiento, haga hincapié en que el derecho legal existe independientemente de cualquier decisión del administrador de reclamaciones. La necesidad médica, no la conveniencia administrativa, es el criterio. Si el médico tratante ha recomendado un tratamiento basado en la condición clínica del trabajador lesionado, la carga de la prueba recae en el administrador de reclamaciones para demostrar que el tratamiento no es médicamente necesario mediante una revisión de utilización formal.

Argumento 2: Autorización automática de \$10,000 pendiente de determinación de responsabilidad.

Autoridad de control: Las secciones 5402(c) y 4610 del Código Laboral exigen que el administrador de reclamaciones autorice y pague el tratamiento hasta \$10,000 dentro de un día hábil después de recibir el formulario de reclamación, incluso mientras el administrador de reclamaciones investiga si la lesión está cubierta[15][21][24][27].

Intensidad: FUERTE. Esta protección se aplica automáticamente y no requiere ninguna acción por parte del trabajador lesionado más allá de presentar el formulario de reclamación.

Cómo proceder: Inmediatamente después de presentar el formulario de reclamación e informar al administrador de reclamaciones sobre la necesidad de tratamiento, solicite por escrito que se autorice el tratamiento por debajo del límite de \$10,000. Documente todas las comunicaciones. Si el administrador de reclamaciones se niega a autorizar los \$10,000 para tratamiento automático mientras se determina la responsabilidad, presente una queja por escrito ante la Unidad de Información y Asistencia de la DWC, que puede presionar al administrador de reclamaciones para que cumpla. Si aún se niega el tratamiento, solicite una audiencia acelerada ante el juez administrativo de compensación laboral argumentando la violación de la Sección 5402(c).

Advertencia importante: La autorización automática de \$10,000 se aplica únicamente a tratamientos que "concurden con el Programa de Utilización de Tratamientos Médicos (MTUS)".[24][33] Los administradores de reclamaciones podrían argumentar que el tratamiento solicitado no cumple con el MTUS. Para refutar este argumento, obtenga documentación del médico tratante que explique por qué el tratamiento se ajusta a las directrices del MTUS aplicables.

Argumento 3: Autorización automática para el tratamiento durante los primeros 30 días (vigente a partir del 1 de enero de 2018).

Autoridad de control: La Sección 4610 del Código Laboral Revisado (vigente a partir del 1 de enero de 2018) establece que el tratamiento proporcionado dentro de los primeros 30 días de la lesión, que cumpla con las directrices de MTUS, que sea proporcionado por un proveedor autorizado (médico de MPN o médico predesignado) y que no esté excluido por ley, califica automáticamente para la autorización y no puede ser denegado a través de UR prospectiva[13][30][33][42][13].

Fortaleza: FUERTE para tratamientos que califican. La ley no otorga discreción para denegar o modificar tratamientos autorizados automáticamente.

Cómo implementar: Antes de solicitar cualquier autorización del administrador de reclamaciones durante los primeros 30 días, verifique que el tratamiento propuesto cumpla con todas las condiciones: (1) fecha de la lesión 1 de enero de 2018 o posterior; (2) fecha del tratamiento dentro de los 30 días posteriores a la lesión; (3) el médico tratante está en la MPN o fue predesignado; (4) la responsabilidad por parte del cuerpo/afección es aceptada o no está en disputa; y (5) el tratamiento no está excluido (cirugía, atención hospitalaria, tratamiento psicológico, imágenes avanzadas, equipo médico duradero >\$250, pruebas electrodiagnósticas u otras exclusiones designadas por el Director Administrativo)[33][42].

Si se cumplen todas las condiciones, el proveedor debe presentar la RFA y el Primer Informe del Médico dentro de los 5 días posteriores al tratamiento[33]. El administrador de reclamaciones solo puede realizar una UR retrospectiva para garantizar el cumplimiento de MTUS; no puede denegar el tratamiento de forma prospectiva[33].

Advertencia clave: La disposición de "autorización automática" contiene tantas excepciones que a menudo resulta inútil para casos complejos[30][33][42]. Además, la condición que exige que "se acepte la responsabilidad por la parte del cuerpo y la condición" significa que el tratamiento no se autoriza automáticamente si el administrador de reclamaciones disputa si

La condición es indemnizable, lo que convierte la disposición de autorización automática en una "solución ridícula" para muchos trabajadores recién lesionados[30]. Una alegación de que la condición no es indemnizable impedirá la autorización automática.

Argumento 4: Revisión acelerada de la utilización de recursos sanitarios ante amenazas inminentes para la salud.

Autoridad de control: 8 CCR Sección 9792.9.1(c)(4) exige que cuando "la condición del trabajador lesionado sea tal que enfrente una amenaza inminente y grave para su salud, incluyendo, pero no limitándose a, la posible pérdida de la vida, extremidades u otra función corporal importante", la decisión de UR debe tomarse dentro de las 72 horas de la recepción de la solicitud[4][4][29][69]. La comunicación prospectiva de la decisión debe ocurrir dentro de las 24 horas[29][69].

Fuerza: FUERTE cuando los hechos médicos respaldan una amenaza inminente. La regulación no requiere que la amenaza sea inmediata o exista ahora mismo; solo requiere que el plazo normal de cinco días hábiles para la UR sea perjudicial para la condición del trabajador[29].

Cómo implementarlo: En la RFA, el médico tratante debe certificar explícitamente por escrito que la revisión acelerada es necesaria porque el trabajador enfrenta una amenaza inminente y grave para la salud[29][69]. Proporcione documentación médica de respaldo que explique por qué el retraso en el tratamiento perjudicaría al trabajador[29]. Ejemplos: riesgo inminente de daño nervioso permanente sin cirugía inmediata; riesgo de infección sin tratamiento oportuno; progresión de la condición que causa deterioro funcional[29].

Consideración estratégica: El caso *Diaz v. Pacific Coast Framers Inc.* (2023) aclara que la WCAB examinará si la revisión acelerada está realmente justificada[29]. No bastará con marcar una casilla en la RFA o hacer declaraciones generales. El médico tratante debe explicar con precisión por qué el plazo normal sería perjudicial.

Argumento 5: Las directrices de MTUS presunnen a favor del tratamiento.

Autoridad de control: La Sección 4604.5(a) del Código Laboral establece que las directrices de MTUS se "presumen correctas" en lo que respecta al "alcance y alcance del tratamiento médico".[2][2] El tratamiento que cumpla con las directrices de MTUS debe autorizarse a menos que el administrador de reclamaciones pueda refutar la presunción con evidencia contraria[2][2].

Fortaleza: FUERTE. La presunción traslada la carga de la prueba al administrador de reclamaciones para justificar la denegación.

Cómo implementarlo: Obtenga la guía específica de MTUS para la condición del trabajador lesionado[2][2]. Confirme que la recomendación del médico tratante se encuentra dentro del alcance y la extensión recomendados en la guía. Si es así, cite la guía en cualquier disputa de UR y argumente que el administrador de reclamos no puede refutar la presunción legal sin presentar evidencia específica que contradiga la guía.

Ejemplo: Para el dolor lumbar, la guía de trastornos lumbares de MTUS (vigente desde el 23 de noviembre de 2021) especifica la evaluación inicial basada en la evidencia, el tratamiento conservador, los protocolos de imagen y los criterios para la derivación a especialistas. Si la recomendación del médico tratante coincide con esta guía, la denegación de la revisión de utilización debe estar respaldada por evidencia que demuestre que la guía no se aplica a la situación clínica específica de este trabajador.

Argumento 6: El derecho de predesignación anula las restricciones de MPN.

Autoridad de control: La Sección 4600(d) del Código Laboral y la Sección 9780.1 del Título 8 del Código de Reglamentos de California permiten a los trabajadores lesionados predesignar a un médico personal antes de la lesión y recibir tratamiento con ese médico independientemente de las restricciones del MPN[7][14]. Se deben cumplir tres condiciones: (1) notificación por escrito al empleador antes de la lesión; (2) el médico personal ha dirigido previamente el tratamiento médico del trabajador y conserva los registros médicos; y (3) el trabajador tenía cobertura de seguro de salud no ocupacional en la fecha de la lesión[7][52].

Fortaleza: FUERTE si se cumplen las tres condiciones. La predesignación es quizás el derecho a tratamiento médico más poderoso disponible para los trabajadores lesionados.

Cómo implementar: Si un trabajador designó previamente a un médico antes de la lesión, proporcione documentación (aviso por escrito o correo electrónico a RR.HH., acuse de recibo del médico) al administrador de reclamaciones inmediatamente después de la lesión[7]. Exija que el administrador de reclamaciones autorice todo el tratamiento con el médico predesignado sin restricciones de MPN[7].

Advertencia clave: El momento oportuno es crucial. La predesignación debe realizarse antes de que ocurra la lesión[7]. Los trabajadores no pueden predesignarse después de la lesión.

Argumento 7: El incumplimiento de la NMP permite el tratamiento fuera de la red.

Autoridad de control: 8 CCR Sección 9767.5(c), (d), (g) establecen que si la MPN no cumple con los estándares de acceso (por ejemplo, no puede programar una cita con un especialista dentro de 20 días hábiles o no puede proporcionar la atención necesaria dentro de un área geográfica razonable), el trabajador lesionado puede obtener tratamiento fuera de la MPN[49].

El incumplimiento de los estándares de acceso es motivo para presentar una queja ante el DWC y solicitar autorización para tratar fuera de la MPN[49].

Intensidad: MODERADA a FUERTE, dependiendo de si se pueden documentar fallos de acceso reales.

Cómo implementar: Si la MPN no puede proporcionar la atención requerida dentro de los plazos reglamentarios, documente este fallo (solicitudes escritas de citas, denegaciones de citas, falta de especialistas disponibles)[49]. Presente una queja por escrito ante la Unidad de Información y Asistencia de DWC documentando el fallo de acceso[49].

Solicitar autorización para recibir tratamiento con un proveedor de elección fuera de la MPN debido a que la MPN no cumple con los estándares regulatorios[49].

Ejemplo: Si un trabajador necesita atención especializada en ortopedia, pero la red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) no cuenta con ortopedistas disponibles a menos de 60 minutos o 30 millas de la residencia del trabajador, este podrá recibir tratamiento fuera de la MPN.

Argumentos en contra de la postura del trabajador (Respuestas más contundentes del administrador de reclamaciones)

Contraargumento 1: No es médicamente necesario / Excede las directrices de MTUS

El administrador de reclamaciones argumentará que el tratamiento solicitado no se ajusta a las directrices de MTUS o excede la extensión o duración recomendadas en la directriz[2][2][4]. Para que este argumento prospere, el administrador de reclamaciones debe presentar evidencia (generalmente a través de un médico revisor de utilización) que explique por qué la directriz no respalda el tratamiento[2][2][4].

Respuesta del trabajador: Cuestione la interpretación de la guía por parte del administrador de reclamaciones y cite literatura médica que respalde la recomendación del médico[2][2]. Si el médico de UR interpretó erróneamente la guía o la aplicó incorrectamente, solicite una Revisión Médica Independiente argumentando que la decisión de UR se basó en una interpretación errónea de la evidencia médica[9][64].

Contraargumento 2: Responsabilidad no determinada / Tratamiento no cubierto por el límite mínimo de \$10,000

El administrador de reclamaciones puede argumentar que, debido a que no se ha aceptado la responsabilidad por la parte del cuerpo o la condición específica, el tratamiento no califica para la autorización automática de \$10,000[15][21][24][33][13].

Respuesta del trabajador: La Sección 5402(c) del Código Laboral exige la autorización del tratamiento "conforme a las directrices" hasta \$10,000 mientras el administrador de reclamaciones investiga la reclamación, independientemente de si la condición específica ha sido aceptada[21][24][27]. El administrador de reclamaciones no puede condicionar la autorización a una determinación preliminar de responsabilidad. Sin embargo, si el administrador de reclamaciones ha negado definitivamente la responsabilidad por la lesión (no solo por la parte específica del cuerpo), el límite de \$10,000 podría no aplicarse. Documente si el administrador de reclamaciones ha emitido una negación final de responsabilidad o si simplemente está investigando.

Contraargumento 3: Se puede obtener tratamiento de emergencia sin autorización previa.

El administrador de reclamaciones puede argumentar que si se necesita atención urgente, el trabajador puede proceder con el tratamiento y solicitar el reembolso a través de un RFA retrospectivo y posibles procesos de revisión de facturas[13][13].

Respuesta del trabajador: Si bien la Sección 5402(e) y la Sección 9792.9(e) del 8 CCR permiten el tratamiento de emergencia sin autorización previa, esto debe ser el último recurso[4][13][4][13]. La ley exige que el administrador de reclamaciones autorice el tratamiento de forma proactiva, no que obligue a los trabajadores lesionados a pagar de su bolsillo y solicitar el reembolso posteriormente[21][24][27]. Además, si el trabajador utiliza fondos personales o un seguro médico colectivo, la cobertura puede ser limitada y el trabajador puede enfrentar costos significativos de su propio bolsillo. Exija autorización prospectiva antes del tratamiento.

Contraargumento 4: La decisión de revisión de utilización fue oportuna; no hay motivos para una revisión de utilización independiente.

Si UR denegó el tratamiento, el administrador de reclamaciones argumentará que la decisión de UR se emitió dentro del plazo de cinco días hábiles (o 72 horas para la revisión acelerada) y que estaba respaldada por pruebas competentes[4][26][4][69]. El administrador de reclamaciones argumentará además que el trabajador lesionado debe continuar con IMR en lugar de buscar una compensación de WCAB[61][64].

Respuesta del trabajador: Si la decisión de UR violó los procedimientos reglamentarios (decisión tardía, notificación indebida, decisión de un no médico), presente una petición ante la WCAB argumentando que la decisión de UR no es válida[61]. Además, presente una solicitud de IMR dentro de los 30 días posteriores a la decisión de UR[9][64]. La IMR es el recurso exclusivo para las disputas sobre necesidad médica y proporcionará una decisión vinculante[9][64].

Contraargumento 5: Tratamiento excluido de la autorización automática

Para lesiones ocurridas dentro de los primeros 30 días, el administrador de reclamaciones puede argumentar que el tratamiento solicitado se encuentra dentro de una de las exclusiones legales y, por lo tanto, no califica para la autorización automática[33][42].

Respuesta del trabajador: Si el administrador de reclamaciones afirma que el tratamiento está excluido (por ejemplo, "este es un tratamiento psicológico"), obtenga la guía MTUS para la afección y consulte con el médico tratante para refutar la categorización. Por ejemplo, algunos administradores de reclamaciones categorizan incorrectamente las consultas de manejo del dolor como "tratamiento psicológico" cuando en realidad son manejo médico. Además, incluso si el tratamiento está excluido de la autorización automática, aún puede autorizarse a través de la revisión de utilización prospectiva estándar si cumple con las guías MTUS aplicables[33][42].

Resumen de la evaluación de riesgos

Probabilidad de obtener autorización para el tratamiento (evaluación cualitativa):

Alta probabilidad si el tratamiento cumple con las directrices de MTUS, lo realiza un proveedor autorizado y se encuentra dentro de los primeros 30 días (se aplica la autorización automática)[33][42][13].

Probabilidad MEDIA-ALTA si el tratamiento es consistente con MTUS, lo realiza un proveedor en la MPN o es el médico predesignado, pero es más de 30 días (se aplicará UR estándar, pero la presunción de MTUS favorece el tratamiento)[2][2].

Probabilidad MEDIA si el tratamiento implica un diagnóstico complejo o novedoso, requiere una extensión de la duración recomendada por MTUS o implica modalidades alternativas (acupuntura, etc.). Estos casos a menudo requieren IMR[9][64].

Probabilidad MEDIA-BAJA si el tratamiento se excluye explícitamente de la autorización automática (cirugía, hospitalización, tratamiento psicológico, diagnóstico por imagen avanzado) y el administrador de reclamaciones cuestiona la necesidad médica.

Se requerirán UR e IMR[33][42][64].

Alta probabilidad de autorización final incluso si se produce una denegación inicial de UR, porque IMR proporciona una revisión objetiva por parte de un médico independiente del administrador de reclamaciones[9][64].

Escenario óptimo: El tratamiento cumple los requisitos para la autorización automática, se proporciona en un plazo de 30 días y el proveedor presenta la solicitud de autorización automática (RFA) y el primer informe del médico conformes a los requisitos en un plazo de 5 días. No se produce ninguna denegación; el tratamiento se proporciona y se paga. Probabilidad: Media-Alta (se asume que el proveedor cumple con los requisitos y que el administrador de reclamaciones no impone retrasos innecesarios).

Escenario más desfavorable: Caso de alta complejidad que involucra un diagnóstico novedoso; la revisión de utilización de recursos (UR) deniega la solicitud por falta de necesidad médica; el trabajador solicita una revisión médica independiente (IMR), pero el revisor de la IMR coincide con la interpretación del administrador de reclamaciones; el trabajador debe iniciar un litigio ante la Junta de Compensación Laboral (WCAB) si existen motivos (generalmente ninguno, ya que la IMR es el único recurso). Probabilidad: Baja (la mayoría de los problemas relacionados con la evidencia médica finalmente resultan en la autorización del tratamiento a nivel de IMR).

Implementación práctica: Obtención de la autorización para el tratamiento médico

Hoja de ruta de procedimientos paso a paso

Fase 1: Medidas inmediatas posteriores a la lesión (días 1-5)

Paso 1: Informar de la lesión al empleador.

Tan pronto como sea posible, informe a su empleador o supervisor sobre la lesión laboral. Proporcione tantos detalles como sea posible sobre cuándo, dónde y cómo ocurrió la lesión. La ley de California no exige un formulario específico para este informe inicial; la notificación verbal es aceptable, aunque la notificación escrita es preferible[36][53].

Documentación: Mantenga un registro de cuándo y a quién informó sobre la lesión.

Paso 2: Obtenga el formulario de reclamación DWC-1

Por ley, su empleador debe proporcionarle un formulario de reclamación DWC-1 (Aviso de Elegibilidad Potencial) dentro de un día hábil después de recibir la notificación de su lesión[21][24][36][53]. El formulario debe incluir información sobre sus derechos y la información de contacto del administrador de reclamaciones.

Documentación: Conserve el formulario DWC-1 cumplimentado y cualquier comprobante de recepción.

Paso 3: Documentación de predesignación

Si tiene un médico personal que ha dirigido su tratamiento médico y mantiene su historial clínico, notifique por escrito a su empleador (o envíe directamente por correo electrónico/correo certificado al departamento de Recursos Humanos de la empresa) designando a dicho médico[7][52]. Utilice el formulario DWC 9783 si está disponible, o proporcione una notificación por escrito que incluya el nombre, la dirección, la especialidad del médico y la confirmación de que cuenta con cobertura de seguro médico para lesiones no laborales[7][52].

El momento oportuno es crucial: este aviso debe entregarse antes de que ocurra la lesión. Si ya ha designado un médico, haga referencia a dicho aviso.

Documentación: Conserve copias de cualquier notificación de predesignación por escrito y la confirmación de que el empleador la recibió.

Paso 4: Busque atención médica.

Busque atención médica inmediata para su lesión. Esto tiene dos propósitos: (1) documenta la lesión en el momento oportuno y (2) garantiza la protección de su salud. Informe al médico tratante que la lesión está relacionada con el trabajo[15][32].

Documentación: Solicite copias de todos los expedientes médicos, incluido el Primer Informe Médico de Lesiones (Formulario 5021), las notas de los exámenes y los resultados de las pruebas de imagen.

Fase 2: Autorización del tratamiento (días 5-30)

Paso 5: Solicitar autorización inmediata para el tratamiento.

Dentro de un día hábil después de recibir el formulario de reclamación, comuníquese con el administrador de reclamaciones y solicite que se autorice el tratamiento de conformidad con el MTUS, hasta el límite de \$10,000, en espera de la determinación de la responsabilidad[21][24][27]. Proporcione al administrador de reclamaciones lo siguiente:

Su nombre, fecha de nacimiento y número de reclamación (si se le ha asignado).

Fecha de la lesión

Descripción de la lesión y las partes del cuerpo afectadas.

Tratamiento solicitado (médico, especialista, procedimientos)

Costo estimado

Justificación de que el tratamiento es razonablemente necesario en función de la lesión.

Envíe esta solicitud por escrito (correo electrónico, fax o correo certificado) y conserve una copia[21][24].

Paso 6: El médico tratante presenta la solicitud de autorización (RFA).

Su médico tratante debe enviar un formulario DWC RFA completo al administrador de reclamaciones dentro de los 5 días posteriores a su examen inicial[4][19][22]. El RFA debe incluir:

Identificación de trabajadores lesionados

Curso específico del tratamiento propuesto

Justificación médica del tratamiento basada en hallazgos clínicos

Duración y costo estimados

Consulte las directrices de MTUS aplicables si el tratamiento es compatible con MTUS.

Para el tratamiento de los primeros 30 días (fechas de lesión de 2018+): Si el tratamiento cumple con todas las condiciones para la autorización automática (ventana de 30 días, MTUS consistente, proveedor autorizado, responsabilidad aceptada o no disputada), el proveedor debe indicar en la RFA que el tratamiento califica para la autorización automática y, por lo tanto, no debe estar sujeto a UR prospectiva[33][42].

Paso 7: Monitorear la línea de tiempo de UR

Una vez enviada la RFA, el administrador de reclamaciones tiene cinco días hábiles para emitir una decisión de UR para la revisión prospectiva estándar, o 72 horas para la revisión acelerada[4][4][29][69]. Esté atento a la fecha límite.

Plazo normal para la decisión de UR: 5 días hábiles a partir de la recepción de la RFA completa.

Plazo límite para la decisión acelerada de UR: 72 horas a partir de la recepción de la RFA completa.

Requisito de comunicación: La decisión debe comunicarse al médico dentro de las 24 horas (concurrente/expedida) o 2 días hábiles (prospectiva) de la decisión[29][26][69]

Paso 8: Responder a la aprobación de UR

Si UR aprueba el tratamiento, el administrador de reclamaciones proporcionará una autorización por escrito[4][4][26]. Proceda con el tratamiento y asegúrese de que la facturación se envíe correctamente al administrador de reclamaciones[12][44].

Paso 9: Responder a la denegación o modificación de la solicitud de utilización.

Si UR deniega o modifica el tratamiento, el administrador de reclamaciones debe proporcionar una determinación de UR por escrito que incluya:

Fecha de decisión

Descripción del tratamiento propuesto solicitada

Descripción específica del tratamiento aprobado (si corresponde)

Explicación clara de los motivos de la denegación o modificación.

Descripción de los criterios o directrices médicas utilizadas[4][4][69]

Medidas inmediatas en caso de denegación:

Obtenga una copia de la determinación UR completa y la documentación de respaldo.

Revisar la determinación de UR para detectar defectos de procedimiento (decisión tardía, revisor no médico que realiza la modificación/denegación, explicación insuficiente).

Solicite el archivo UR al administrador de reclamaciones (todos los materiales revisados para tomar la decisión).

Consulte con su médico tratante sobre si la decisión de UR describe erróneamente su situación clínica.

Fase 3: Revisión médica independiente (entre los días 30 y 60 posteriores a la denegación de la solicitud de revisión)

Paso 10: Preparar la solicitud IMR

Si no está de acuerdo con la denegación de UR, tiene 30 días para solicitar una revisión médica independiente[9][64].

Complete el formulario DWC IMR-1 e incluya:

Su nombre e información de identificación

Fecha de la lesión y número de reclamación

Copia de la resolución de UR que se impugna

Breve explicación de por qué no está de acuerdo con la decisión de UR.

Información médica que respalde su postura de que el tratamiento es médicamente necesario.

A partir de febrero de 2026, la tarifa de solicitud del IMR es de \$195[9][40].

Paso 11: Presentar la solicitud IMR

Envíe por correo el formulario IMR-1 completo, una copia de la determinación UR y la tarifa de \$195 a:

DWC - IMR c/o Maximus Federal Services, Inc. PO Box 138009 Sacramento, CA 95813-8009

Alternativamente, envíelo electrónicamente a través del sistema de seguimiento Maximus IMR si se registra[9].

Paso 12: Siga el proceso IMR

Una vez que la DWC determine que su caso es elegible para IMR (dentro de 1 día hábil), Maximus emitirá un Aviso de Asignación[9]. Maximus asignará un Revisor Médico Independiente que no es empleado ni está afiliado al administrador de reclamaciones[9].

Cronograma estándar de IMR: El revisor tiene 30 días desde la asignación para emitir una decisión[9]

Presentación de información: El administrador de reclamaciones debe proporcionar los registros médicos requeridos a Maximus dentro de los 15 días calendario (estándar) o 24 horas (expres)[9]

Paso 13: Decisión de IMR

Maximus emitirá una decisión escrita de IMR que determinará si el tratamiento en disputa es médicamente necesario según las directrices de MTUS y la medicina basada en la evidencia[9][64]. La decisión es vinculante tanto para el trabajador lesionado como para el administrador de reclamaciones[9][64]. El administrador de reclamaciones no puede apelar la decisión de IMR ante la WCAB; las decisiones de IMR son definitivas[9][64].

Si IMR aprueba el tratamiento: El administrador de reclamaciones debe autorizar y pagar el tratamiento inmediatamente[9].

Si el IMR deniega el tratamiento: Lamentablemente, no puede apelar la decisión del IMR ante la WCAB. El IMR es el único recurso para las disputas sobre la necesidad médica[61][64]. Sin embargo, puede optar por un tratamiento diferente o, si las circunstancias cambian (nueva evidencia médica, cambio en la condición clínica), puede solicitar nuevamente la autorización del tratamiento.

Fase 4: Resolución alternativa de conflictos (si fuera necesario)

Paso 14: Cuestionar los defectos de procedimiento de UR (WCAB)

Si la decisión de UR violó los requisitos de procedimiento (por ejemplo, se emitió tarde, fue tomada por un revisor que no es médico cuando se requería la decisión de un médico o carecía de la explicación requerida), puede presentar una Petición ante la Junta de Apelaciones de Compensación para Trabajadores argumentando que la decisión de UR no es válida y debe ser revocada[61].

Dónde presentar la solicitud: En la oficina distrital local del DWC

Formulario: Petición de reconsideración u otro escrito apropiado.

Plazo: Presentar el expediente dentro de los plazos establecidos por las normas de procedimiento de la WCAB.

Alivio: Si se determina que la decisión de UR es inválida, el administrador de reclamaciones debe volver a realizar UR o autorizar el tratamiento[61].

Paso 15: Solicitar una audiencia acelerada (WCAB)

Si se le niega el tratamiento y cree que la denegación viola sus derechos legales (por ejemplo, se niega la autorización automática de \$10,000 en espera de la determinación de la responsabilidad), puede solicitar una audiencia acelerada ante el juez administrativo de compensación laboral[21][24].

Entre los motivos para solicitar una audiencia acelerada se incluyen:

Negación de tratamiento médico requerida según la Sección 4600 del Código Laboral[14][16]

Violación del requisito de autorización automática de \$10,000[21][24]

Violación de la autorización automática de los primeros 30 días (para lesiones de 2018+)[33][42]

Incumplimiento de MPN (violaciones de estándares de acceso, restricciones indebidas)[49][70]

Proceso:

Presente una solicitud de resolución de reclamación en su oficina local de DWC.

Solicitar una conferencia de conciliación obligatoria (MSC) con una audiencia acelerada.

Presente pruebas de su necesidad médica y de las infracciones del administrador de reclamaciones.

Solicitar una orden que obligue al administrador de reclamaciones a autorizar el tratamiento.

Formularios y documentación requeridos

Formularios DWC

| Forma | Propósito | Plazos |

|-----|-----|-----|

| DWC-1 | Aviso de posible elegibilidad / Formulario de reclamación | El empleador lo proporciona dentro de 1 día hábil después de la notificación de la lesión |

| Formulario 5020 | Informe del empleador sobre lesiones o enfermedades laborales | El empleador lo presenta ante la aseguradora dentro de los 5 días posteriores a la lesión |

| Formulario 5021 | Primer informe del médico sobre lesiones o enfermedades laborales | El médico debe presentarlo dentro de los 5 días posteriores al tratamiento inicial[68] |

| Formulario DWC RFA | Solicitud de autorización (formulario de envío de UR) | El médico lo envía con cada solicitud de tratamiento |

| Formulario IMR-1 de la DWC | Solicitud de revisión médica independiente | El trabajador lesionado la presenta dentro de los 30 días posteriores a la Negación de UR[9] |

| Formulario DWC 9783 | Predesignación de médico personal (opcional) | El trabajador lesionado completa este formulario antes de la lesión para predesignar a su médico[7] |

Documentación de respaldo para obtener y mantener

Registros médicos:

Primer informe médico sobre lesiones laborales (Formulario 5021)

Notas de evolución del médico tratante

Resultados de las pruebas de imagen (radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada)

Resultados de laboratorio y pruebas de diagnóstico

Planes de tratamiento y resúmenes de progreso

Informes de consultoría especializada

Comprobante de todas las solicitudes de UR presentadas

Documentos administrativos:

Formulario de reclamación cumplimentado (DWC-1)

Confirmación por escrito del administrador de reclamaciones que reconoce la recepción de la reclamación.

Carta de determinación de UR (en caso de denegación de UR)

Solicitud IMR y confirmación de envío

Todas las comunicaciones escritas con el administrador de reclamaciones (correos electrónicos, cartas, confirmaciones por fax)

Evidencia de necesidad médica:

Evaluación clínica del médico tratante sobre por qué es necesario el tratamiento.

Referencias a las directrices MTUS aplicables

Literatura médica revisada por pares que respalda el tratamiento.

Declaración jurada o declaración del médico tratante que explique la necesidad

Cronograma de deterioro clínico si se retrasa el tratamiento.

Detalles sobre tratamientos médicos específicos de San Francisco

Procedimientos de la Oficina de Asilo de San Francisco (Aclaración no aplicable)

La Oficina de Asilo de San Francisco no interviene en asuntos relacionados con el tratamiento médico de los trabajadores en materia de indemnización laboral.

Las referencias a los procedimientos de la oficina de asilo que figuran en las instrucciones de investigación no son aplicables a este informe sobre indemnización laboral.

Implementación de tratamientos médicos en San Francisco

Redes de proveedores médicos y organizaciones de atención médica de San Francisco

Los trabajadores lesionados en San Francisco acceden al tratamiento a través de:

Redes de Proveedores Médicos (MPN): Varias MPN operan en el Área de la Bahía de San Francisco, proporcionando redes de médicos ocupacionales y no ocupacionales. Los trabajadores reciben tratamiento inicialmente de médicos de la MPN asignados o seleccionados de la lista disponible, pero pueden cambiar a otro médico de la MPN después de la primera visita[8][70].

Organizaciones de atención médica (HCO): Los empleadores de San Francisco pueden establecer HCO certificadas que brinden gestión integral de atención médica y discapacidad[58]. A los empleados se les debe ofrecer la opción de elegir HCO y pueden predesignar médicos personales que no pertenezcan a la HCO[58].

Médicos predesignados: Los trabajadores lesionados de San Francisco que predesignaron médicos personales antes de la lesión pueden recibir tratamiento con esos médicos independientemente de las restricciones de MPN o HCO[7][52].

Tratamiento de salud mental en San Francisco

San Francisco cuenta con sólidos recursos para el tratamiento de la salud mental, incluido el SF Stress & Anxiety Center, que se especializa en el tratamiento de lesiones psicológicas elegibles para compensación laboral[55]. Sin embargo, el tratamiento de salud mental se clasifica como "tratamiento psicológico" y no es elegible para autorización automática[33][42].

El tratamiento de salud mental requiere autorización prospectiva de UR[33][42].

Para obtener autorización para recibir tratamiento de salud mental en San Francisco:

Asegúrese de que el médico tratante esté en la MPN o sea el médico predesignado.

Que el psicólogo/psiquiatra tratante presente una RFA con una evaluación clínica completa que explique por qué es necesario el tratamiento de salud mental según las directrices de salud mental en el lugar de trabajo de MTUS[23][55]

Espera que se aplique la UR; puede haber una UR acelerada disponible si el trabajador enfrenta un deterioro inminente[29][69]

Si UR lo niega, presente una IMR argumentando que la guía respalda el tratamiento[9][64]

Unidad de Información y Asistencia de DWC - Contacto en San Francisco

La Unidad de Información y Asistencia de la DWC en San Francisco ofrece asistencia gratuita a los trabajadores lesionados:

Dirección: 455 Golden Gate Ave, 2.º piso, San Francisco, CA 94102-7014

Teléfono: (415) 703-5020

Horario: Horario comercial de lunes a viernes

Servicios: Información sobre derechos de tratamiento médico, asistencia para presentar quejas, orientación sobre resolución de disputas[35]

Los trabajadores que tengan dificultades para obtener la autorización para recibir tratamiento médico deben ponerse en contacto con esta unidad para obtener ayuda y una posible intervención.

Condiciones del país y pruebas de persecución (Sección no aplicable)

Esta sección no se aplica al tratamiento médico de compensación laboral en California. Las referencias en las instrucciones de investigación a la documentación sobre las condiciones del país para las solicitudes de asilo no se aplican a la compensación laboral. Esta sección se omite intencionalmente, ya que trata sobre documentación internacional de derechos humanos, no sobre la legislación nacional de compensación laboral.

Estrategia de preservación y apelación para disputas sobre tratamientos médicos

Nivel del Tribunal de Inmigración (No aplicable)

Las referencias a los procedimientos de los tribunales de inmigración no son aplicables a los asuntos de tratamiento médico relacionados con la compensación laboral. Las disputas sobre compensación laboral se resuelven a través de la División de Compensación Laboral, no de los tribunales de inmigración.

Junta de Apelaciones de Compensación Laboral a Nivel

Cuándo apelar las decisiones de UR ante la WCAB

No apele ante la WCAB una decisión de UR que niegue la necesidad médica. En su lugar, solicite una Revisión Médica Independiente[9][61][64]. La WCAB carece de jurisdicción sobre las disputas de necesidad médica; dichas disputas se resuelven exclusivamente a través de la IMR[61][64].

Sin embargo, es apropiado recurrir ante la WCAB cuando:

Decisión de UR violada procedimiento: La decisión de UR se emitió tarde, fue tomada por un revisor no médico cuando se requería una decisión médica, o carece de la explicación requerida[61][4][69]

Violación de los derechos legales de tratamiento médico: el administrador de reclamaciones denegó la autorización automática de 10 000 dólares en espera de la determinación de la responsabilidad, denegó la autorización automática de los primeros 30 días o violó los estándares de acceso de MPN[61]

Disputa de umbral: El administrador de reclamaciones impugnó la responsabilidad por la lesión o parte del cuerpo, lo que hizo que la IMR no estuviera disponible hasta que se resolviera la disputa de responsabilidad[61][63]

Argumentos adecuados para ganar a nivel WCAB:

Violación de procedimiento de las reglas de UR: Cite violaciones reglamentarias específicas (8 CCR Sección 9792.9.1) que demuestren que la decisión de UR no cumplió con los procedimientos requeridos[61][4][69]. Si una persona que no es médico realizó una modificación o una decisión de denegación, la decisión de UR es inválida[26][4].

Derecho legal al tratamiento automático en espera de responsabilidad: Argumentar que la Sección 5402(c) del Código Laboral exige autorización de tratamiento hasta \$10,000 mientras el administrador de reclamaciones investiga, y el administrador de reclamaciones violó este requisito[21][24][61].

Violación del estándar de acceso de la MPN: Documente que la MPN no cumplió con los estándares de acceso (no puede programar citas dentro de los plazos requeridos, no tiene especialistas disponibles en la especialidad requerida, etc.) y por lo tanto el trabajador tiene derecho a recibir tratamiento fuera de la MPN[49][61].

Argumentos que conviene conservar para la apelación, incluso si es improbable ganar ante la WCAB:

Interpretación estatutaria de "médicamente necesario": Si la WCAB está revisando de alguna manera un asunto de necesidad médica (lo cual es inusual, ya que la IMR es el único recurso), conserve los argumentos sobre la interpretación estatutaria de "médicamente necesario" según la Sección 4610.5[64] del Código Laboral.

Interpretación de la directriz MTUS: Si se cuestiona la aplicación específica de una directriz MTUS a las circunstancias de este trabajador, conserve los argumentos sobre la interpretación correcta de la directriz[2][2].

Creación de registros para generar interés:

Aunque prevea que la jurisdicción de la WCAB será limitada, elabore un expediente completo:

Asegúrese de que todos los registros médicos estén incluidos en la lista de pruebas para la audiencia.

Conserve las solicitudes de RFA y la documentación médica de respaldo.

Conservar la determinación de UR con todos los materiales de apoyo.

Documentar las infracciones de procedimiento (fechas, plazos, identificación de los responsables de la toma de decisiones).

Obtenga declaraciones del médico tratante que expliquen la necesidad médica.

Si procede, obtenga las directrices de MTUS y el análisis de expertos sobre cómo se aplica la directriz.

Nivel de apelación de la BIA (No aplicable)

La Junta de Apelaciones de Inmigración no tiene jurisdicción sobre asuntos de compensación laboral. Esta sección no aplica.

Impugnaciones ante tribunales federales a las resoluciones de la DWC

Cuándo son apropiadas las impugnaciones mediante hábeas corpus o la Ley de Procedimiento Administrativo

En raras ocasiones, una parte que reclama una indemnización laboral puede impugnar una resolución administrativa de la DWC ante un tribunal federal. Sin embargo, dichas impugnaciones requieren el agotamiento de los recursos administrativos estatales (UR, IMR, WCAB) y presentan obstáculos importantes.

Posibles demandas ante tribunales federales:

Violación del debido proceso: Si la DWC niega al trabajador lesionado la oportunidad de ser escuchado o presentar pruebas, se puede interponer una impugnación por violación del debido proceso.

Impugnación conforme a la Ley de Procedimiento Administrativo: Si la DWC adopta reglamentos que son arbitrarios y caprichosos, se puede presentar una impugnación conforme a la Ley de Procedimiento Administrativo federal.

Orden judicial contra la aplicación de la ley: Si la ley estatal se está aplicando de manera inconstitucional, solicitar una orden judicial en un tribunal federal puede ser apropiado.

Sin embargo, estos son recursos poco comunes y complejos. Antes de considerar un tribunal federal, asegúrese de haber agotado todos los recursos estatales (UR, IMR, procedimiento ante la WCAB).

Litigios pendientes que afectan la autorización de tratamientos médicos.

A fecha de febrero de 2026, no existe ningún litigio importante pendiente que afecte al marco de autorización de tratamientos médicos.

Sin embargo:

Actualizaciones propuestas de MTUS: La audiencia pública del 27 de febrero de 2026 sobre las actualizaciones basadas en evidencia de las directrices de MTUS puede dar lugar a enmiendas regulatorias finales que afectarán las decisiones de autorización de tratamiento[38][41].

Supervisión de los requisitos de presentación electrónica: La DWC planea exigir la presentación electrónica del Primer Informe de Lesión del Médico en el futuro, que actualmente opera como un programa piloto voluntario[66]. Los profesionales deben estar atentos a la reglamentación final que exigirá la presentación electrónica, lo que afectará los procedimientos de cumplimiento de los proveedores.

Estrategias alternativas y planes de contingencia

Plan B: Tratamiento de emergencia y autorización retrospectiva

Si no se puede obtener la autorización previa dentro del plazo requerido y el trabajador enfrenta una emergencia real, la ley permite el tratamiento de emergencia sin autorización previa[13][13]. Puntos clave:

No se requiere autorización previa para la atención de emergencia: 8 CCR Sección 9792.9(e) establece que "la falta de obtención de autorización previa para los servicios de atención médica de emergencia no será una base aceptable para la negativa a cubrir los servicios médicos" [4][13][4]

Definición de servicios de atención médica de emergencia: "Los servicios de atención médica de emergencia" son servicios para "una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad como para que la ausencia de atención médica inmediata pueda razonablemente esperarse que ponga en grave peligro la salud del paciente".[13][19][13]

Revisión retrospectiva: El tratamiento de emergencia puede estar sujeto a una revisión retrospectiva de la utilización de recursos (UR)[4][13][4]. Sin embargo, si el tratamiento fue realmente una atención de emergencia, el administrador de reclamaciones no puede denegar el pago por falta de autorización previa[4][13][4].

Procedimiento: Después de recibir atención de emergencia, el proveedor debe presentar una RFA retrospectivamente, generalmente dentro de los 5 días[33][13]. El administrador de reclamaciones luego realiza una UR retrospectiva.

Riesgos del Plan B:

Si el trabajador paga de su propio bolsillo o utiliza su seguro médico personal para la atención de emergencia, el reembolso puede tardar semanas o meses.

La revisión retrospectiva de la utilización de recursos puede denegar el tratamiento de emergencia por no ser médicamente necesario, lo que requiere una apelación por parte del IMR.

El trabajador asume la carga financiera inicialmente.

Utilice el Plan B únicamente cuando:

No se puede obtener la autorización prospectiva a tiempo.

La afección médica supone un riesgo real para la salud si se retrasa el tratamiento.

Se han agotado todos los esfuerzos razonables para obtener la autorización futura.

Plan C: Impugnar la validez o el cumplimiento de la MPN

Si la red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) infringe los requisitos reglamentarios o no cumple con los estándares de acceso, el trabajador lesionado puede impugnar la validez de la MPN y solicitar autorización para recibir tratamiento fuera de la red.

Motivos para impugnar la NMP:

Violaciones del estándar de acceso: MPN no puede programar citas dentro de los plazos requeridos (3 días hábiles para la cita inicial, 20 días hábiles para el especialista)[49]

Red de médicos inadecuada: la MPN carece del número mínimo de médicos en las especialidades requeridas[49]

Fallo en la continuidad de la atención: MPN no proporciona continuidad de la atención si un médico tratante abandona la red[49]

Estructura de compensación médica inadecuada: MPN compensa a los médicos de una manera diseñada para reducir, retrasar o negar el tratamiento[51][60]

Violaciones del Plan MPN: MPN opera fuera del alcance de su plan aprobado[8]

Procedimiento para impugnar un MPN:

Documentar la infracción específica de la NMP (denegación por escrito de solicitudes de citas, ausencia de especialistas, falta de disponibilidad oportuna).

Presente una queja por escrito ante la Unidad Médica de DWC al (510) 286-3700.

Solicitar al juez administrativo de compensación laboral autorización para tratar fuera de la MPN por incumplimiento de la MPN.

Obtenga autorización del administrador de reclamaciones para recibir tratamiento con el médico de su elección fuera de la red de proveedores médicos (MPN).

La solidez del Plan C es de nivel MEDIO a ALTO si se pueden documentar violaciones genuinas de la red de proveedores médicos (MPN). De tener éxito, el trabajador lesionado podrá acceder a cualquier médico calificado fuera de la red.

Plan D: Obtención de la opinión de un evaluador médico calificado (QME) o de un evaluador médico acordado (AME).

Si el trabajador lesionado no está de acuerdo con la opinión del médico tratante sobre la causalidad, el nivel de discapacidad o la incapacidad permanente, se puede seleccionar un Evaluador Médico Calificado (QME) o un Evaluador Médico Acordado (AME) para resolver la disputa.

Nota: Las evaluaciones de QME abordan cuestiones de causalidad y discapacidad, no la necesidad médica del tratamiento. Sin embargo, una opinión de QME que confirme que la lesión está relacionada con el trabajo y que el trabajador requiere tratamiento continuo fortalece las disputas posteriores sobre la utilización de recursos.

Procedimiento:

Si el administrador de reclamaciones disputa la causalidad o la discapacidad permanente, cualquiera de las partes puede solicitar un panel QME[21]

El examen QME es obligatorio y vinculante en cuestiones de necesidad médica dentro del ámbito asignado al QME[21].

La opinión del QME se convierte en evidencia en cualquier disputa UR posterior o audiencia de WCAB[21]

Utilice el Plan D cuando: Se cuestione la credibilidad del médico tratante o cuando el administrador de reclamaciones argumente que la lesión no está causalmente relacionada con el trabajo.

Plan E: Coordinación con el abogado defensor penal (No aplicable)

Las referencias a la modificación de antecedentes penales (Sección 1473.7 del Código Penal) en las instrucciones de investigación no son aplicables al tratamiento médico en el marco de la compensación laboral. La compensación laboral y el derecho penal son sistemas distintos. Sin embargo, si un trabajador tiene antecedentes penales que podrían afectar su situación laboral o su credibilidad, consulte con un abogado defensor penal sobre posibles medidas posteriores a la condena para fortalecer su reclamación de compensación laboral.

Plan F: Obtención de un informe o dictamen médico pericial

Si la Oficina de Rehabilitación deniega el tratamiento y la documentación del médico tratante es insuficiente para revocar la denegación, obtenga una declaración jurada o una opinión escrita de otro médico cualificado que justifique la necesidad médica.

Procedimiento:

Contrate a un médico independiente (que no sea el médico tratante) que se especialice en la parte del cuerpo o la afección en cuestión.

Proporcione al médico los registros médicos y la determinación de UR.

Solicite una declaración jurada o un dictamen por escrito que indique que el tratamiento en cuestión es médicamente necesario según la presentación clínica del trabajador y las directrices aplicables del MTUS.

Presente la declaración jurada como parte de la solicitud IMR[9][64]

Costo: Generalmente entre \$500 y \$2,000 o más por una opinión experta, dependiendo de la complejidad y los honorarios del médico.

Consideraciones sobre ética y conducta profesional

Normas de Conducta Profesional de California (si está representado por un abogado)

Si un trabajador lesionado está representado por un abogado, el abogado debe cumplir con las Reglas de California de Conducta profesional, que incluye:

Competencia (Regla 1.1): El abogado debe tener conocimientos y habilidades legales para representar al trabajador lesionado en disputas sobre tratamiento médico relacionadas con la compensación laboral.

Sinceridad ante el Tribunal (Regla 3.3): El abogado debe revelar información fáctica al juez administrativo de compensación laboral y no debe engañar al tribunal.

Comunicación con el cliente (Regla 1.4): El abogado debe comunicarse con el cliente sobre el estado del reclamo y los riesgos/beneficios de las estrategias disponibles.

Conflictos de intereses (Regla 1.7): El abogado debe evitar los conflictos de intereses; por lo general, el abogado del solicitante no puede representar simultáneamente al empleador o al administrador de reclamaciones.

Requisitos de competencia para representantes no abogados

Si el trabajador lesionado se representa a sí mismo o cuenta con la asistencia de un representante que no sea abogado:

Sinceridad: Proporcione información veraz al administrador de reclamaciones y en cualquier procedimiento de DWC.

Documentación: Mantener archivos organizados con copias de todas las comunicaciones, determinaciones de UR y registros médicos.

Puntualidad: Cumpla con todos los plazos de presentación (30 días para IMR, etc.).

Conducta ética: No falsee los hechos ni las condiciones médicas para obtener autorización.

Honorarios de abogados de solicitantes en California

Los abogados de los solicitantes en casos de compensación laboral reciben sus honorarios mediante una resolución judicial dictada por el juez administrativo de compensación laboral. Por lo general, los honorarios de los abogados equivalen al 15 % de la indemnización por incapacidad permanente o al 15 % del incremento obtenido gracias a su gestión. En caso de disputas sobre la autorización de tratamientos médicos, si se requiere litigio, el abogado puede solicitar honorarios razonables en función del trabajo realizado.

Advertencias sobre riesgos y exenciones de responsabilidad

Riesgos inherentes en las disputas sobre tratamientos médicos

Retrasos en la atención: Incluso cuando los derechos legales son claros, a menudo se producen retrasos debido a los plazos de procesamiento de las solicitudes de revisión de utilización, las demoras en las revisiones médicas independientes o la acumulación de trámites administrativos. Estos retrasos pueden perjudicar la salud del trabajador lesionado.

Consecuencias irreversibles del tratamiento: Los retrasos en la autorización para afecciones que requieren atención urgente (por ejemplo, cirugía para la compresión de la médula espinal) pueden provocar daños neurológicos permanentes e irreversibles.

Resolución incompleta del IMR: Si el IMR niega el tratamiento, el único recurso del trabajador lesionado es buscar tratamientos alternativos o solicitar la intervención de la WCAB por violaciones de procedimiento. Las decisiones del IMR son definitivas en cuanto a la necesidad médica.

Riesgo financiero: Si se recibe tratamiento de emergencia sin autorización, el trabajador lesionado podría tener que asumir inicialmente la carga financiera mientras se obtiene la autorización o el reembolso.

Restricciones de la NMP: Incluso con reclamaciones legales válidas para recibir tratamiento fuera de la NMP, el administrador de reclamaciones puede denegar la autorización, lo que requiere un litigio para hacer valer el derecho.

Información que requiere consulta con un experto

Se requiere experiencia médica:

Evaluación de si el tratamiento propuesto cumple con las directrices MTUS aplicables.

Interpretación de la evidencia médica para disputas sobre la utilización de recursos

Evaluación del razonamiento del revisor de IMR

Determinación de las derivaciones a especialistas apropiadas

Consulte con el médico tratante o con un experto médico independiente sobre estos temas.

Se recomienda consultar con un abogado:

Defectos de procedimiento de UR

Cálculo de los plazos de presentación de IMR y los requisitos de procedimiento

Escritos ante la WCAB para disputas procesales

infracciones de cumplimiento de MPN

Impugnaciones de la Ley de Procedimiento Administrativo (APA) ante tribunales federales (si corresponde)

Consulte con el abogado del solicitante sobre la estrategia legal.

Planificación fiscal y financiera:

Deducciones por gastos médicos

Coordinación de las prestaciones por incapacidad laboral con implicaciones fiscales

Acuerdo estructurado para minimizar la carga fiscal.

Consulte con un asesor fiscal si prevé recibir indemnizaciones cuantiosas.

Puntos de decisión del cliente que requieren consentimiento informado

Punto de decisión 1: Tratamiento de emergencia frente a autorización prospectiva

Si no se puede obtener la autorización previa a tiempo, el trabajador debe decidir si:

Esperar autorización (con el riesgo de que la salud empeore)

Proceda con el tratamiento de emergencia y solicite autorización retroactiva (con el riesgo de incurrir en gastos de bolsillo).

Punto de decisión 2: IMR frente a escalamiento a WCAB

Si UR niega el tratamiento, el trabajador debe decidir si:

Recurrir a la IMR (recurso exclusivo, decisión vinculante, plazo de 30 días)

Impugnar el procedimiento UR ante la WCAB (solo si existe un defecto de procedimiento)

Punto de decisión 3: Contratar un abogado o representarse a sí mismo

El trabajador debe decidir si:

Representarse a sí mismos (potencialmente ahorra costes, pero con riesgo de errores de procedimiento).

Contratar a un abogado para los solicitantes (acuerdo de honorarios, pero con representación profesional).

Punto de decisión 4: Desafiar la MPN frente a aceptar al proveedor de red.

Si la MPN tiene problemas de acceso u opciones limitadas, el trabajador debe decidir si:

Impugnar la validez de la NMP (requiere documentación, potencialmente requiere litigio ante la WCAB)

Acepte el proveedor de MPN disponible y solicite la autorización de tratamiento dentro de la red.

Utilice la predesignación u otro derecho legal para optar por no participar en MPN.

Cronograma para la toma de decisiones del cliente

Días 1-5: Decidir sobre la predesignación, informar sobre la lesión, solicitar el formulario de reclamación.

Días 5-30: Contactar al médico tratante, monitorear el cronograma de UR, prepararse para la denegación de UR si se prevé.

Días 30-60: Presente la solicitud IMR si se produce una denegación de UR (el plazo de 30 días es improrrogable).

Días 60+: Acuda a la WCAB o busque recursos alternativos si el IMR lo deniega.

Apéndices

Apéndice A: Estatutos pertinentes (citas del texto completo)

Sección 4600 del Código Laboral - Derecho a Tratamiento Médico Sección 4600 del Código Laboral de California: "Tratamiento médico, quirúrgico, quiropráctico, de acupuntura y hospitalario, incluyendo enfermería, medicamentos, suministros médicos y quirúrgicos, muletas y aparatos, incluyendo dispositivos y servicios ortopédicos y protésicos, que sea razonablemente necesario.

El empleador deberá proporcionar todo lo necesario para curar o aliviar al trabajador lesionado de los efectos de su lesión.

Sección 4600(d) del Código Laboral - Predesignación de Médico Personal Sección 4600(d) del Código Laboral de California: Permite a los empleados que hayan notificado por escrito a su empleador antes de la lesión sobre un médico personal ser tratados por ese médico si el empleado tiene cobertura de salud grupal no ocupacional.

Sección 4610 del Código Laboral - Revisión de Utilización y Autorización Automática Sección 4610 del Código Laboral de California: Establece procedimientos de UR, requisitos de cumplimiento de MTUS y autorización automática para tratamientos que califiquen dentro de los primeros 30 días de la lesión (vigente a partir del 1 de enero de 2018).

Sección 4610.5 del Código Laboral - Tratamiento Médico Disputado y Revisión Médica Independiente Sección 4610.5 del Código Laboral de California: Establece la IMR como recurso exclusivo para disputas sobre necesidad médica, define "médicamente necesario" y establece un plazo de 30 días para solicitar la IMR.

Sección 4616 del Código Laboral - Redes de Proveedores Médicos Sección 4616 del Código Laboral de California: Autoriza el establecimiento de MPN, exige estándares de acceso y prohíbe la denegación o el retraso del tratamiento en función de la estructura de compensación del médico.

Sección 5400-5402 del Código Laboral: Notificación de Lesiones y Compensación Presunta Sección 5402 del Código Laboral de California: Establece un plazo de 90 días para la aceptación/denegación de reclamaciones y requiere autorización de tratamiento hasta \$10,000 pendiente de determinación de responsabilidad.

Apéndice B: Normativa pertinente (citas del texto completo)

8 CCR Sección 9792.6.1 - Definiciones de revisión de utilización 8 Código de Reglamentos de California Sección 9792.6.1: Define autorización, revisión prospectiva/concurrente/retrospectiva, servicios de atención médica de emergencia.

8 CCR Sección 9792.9 - Estándares de revisión de utilización (lesiones anteriores a 2013) 8 Código de Reglamentos de California Sección 9792.9: Establece un plazo de 5 días hábiles para la decisión de UR, procedimientos RFA, procedimientos de tratamiento de emergencia.

8 CCR Sección 9792.9.1 - Estándares de revisión de utilización (lesiones de 2013+) 8 Código de Reglamentos de California Sección 9792.9.1: Establece los requisitos del formulario RFA, autorización automática, plazo acelerado de UR (72 horas), requisitos de comunicación de decisiones.

8 CCR Sección Sección 9792.20-9792.27 - Programa de utilización de tratamientos médicos 8 Código de Regulaciones de California Sección Sección 9792.20-9792.27: Marco MTUS que incorpora las directrices de ACOEM, estableciendo la presunción de corrección, actualizando los procedimientos.

8 CCR Sección 9767.5 - Estándares de acceso a la red de proveedores médicos 8 Código de Reglamentos de California Sección 9767.5: Estándares de acceso (30 minutos/15 millas para atención primaria, 60 minutos/30 millas para atención especializada), requisitos de disponibilidad de citas.

8 CCR Sección 9767.6 - Tratamiento y cambio de médicos dentro de MPN 8 Código de Regulaciones de California Sección 9767.6: Derecho a cambiar de médico después de la primera visita, prohibición de usar una petición formal de cambio de médico mientras se está en MPN.

8 CCR Sección 9767.7 - Segundas y terceras opiniones 8 Código de Reglamentos de California Sección 9767.7: Procedimientos para solicitar segundas y terceras opiniones MPN, plazo de cita de 60 días, consecuencias de los plazos no cumplidos.

8 CCR Sección Sección 9768.1 y siguientes: Revisión médica independiente de MPN 8 Código de Regulaciones de California Sección Sección 9768.1 y siguientes: Proceso IMR específico de MPN para disputas después de segundas y terceras opiniones.

8 CCR Sección Sección 9792.27.18-9792.27.23 - Formulario de medicamentos MTUS 8 Código de Regulaciones de California Sección Sección 9792.27.18-9792.27.23: Requisitos del formulario de medicamentos basados en evidencia, procedimientos del comité de Farmacia y Terapéutica.

8 CCR Sección 9780.1 - Predesignación de médico personal 8 Código de Reglamentos de California Sección 9780.1: Procedimientos para predesignar un médico personal antes de una lesión, condiciones para una predesignación válida.

Apéndice C: Resoluciones clave de los casos

Agencia de Seguros del Medio Oeste de Illinois contra Rodríguez, No. B344044 (Tribunal de Apelaciones de California, 10/11/2025)

Decisión: La revisión de utilización se aplica a toda solicitud de autorización de tratamiento médico, incluidos los tratamientos en curso. Los trabajadores lesionados no pueden eludir la revisión de utilización/revisión médica independiente mediante procedimientos ante la Junta de Compensación Laboral (WCAB). La revisión médica independiente es el mecanismo exclusivo para resolver disputas sobre la necesidad médica. Cuando la revisión de utilización deniega la atención médica domiciliaría continua por falta de necesidad médica, el recurso adecuado es la revisión médica independiente, no un litigio ante la WCAB.

Aplicación al tratamiento médico: Esta reciente decisión reafirma que las disputas sobre la necesidad médica deben seguir la secuencia UR->IMR y no pueden ser objeto de litigio ante la WCAB.

Díaz contra Pacific Coast Framers Inc., 2023 Cal. Wrk. Comp. PD LEXIS 211

Decisión: La WCAB examinará si la revisión acelerada está realmente justificada con base en las pruebas presentadas. No bastará con marcar una casilla o hacer afirmaciones generales sobre la necesidad de dicha revisión. El médico tratante debe documentar con precisión por qué el plazo habitual de cinco días hábiles para la revisión de utilización sería perjudicial.

Aplicación al tratamiento médico: Al solicitar una revisión de utilización acelerada, proporcione documentación médica detallada que explique la amenaza inminente para la salud.

Apéndice D: Formularios actualmente en uso (febrero de 2026)

Todos los formularios están disponibles en <https://www.dir.ca.gov/dwc/forms.html>

DWC-1: Notificación de posible elegibilidad (Formulario de reclamación)

Formulario 5020: Informe del empleador sobre lesiones o enfermedades laborales

Formulario 5021: Primer informe médico sobre lesiones o enfermedades laborales (el médico debe completarlo en un plazo de 5 días).

Formulario RFA de DWC: Solicitud de autorización (para solicitudes de revisión de utilización presentadas por médicos tratantes)

Formulario IMR-1 de la DWC: Solicitud de revisión médica independiente

Formulario DWC 9783: Predesignación de médico personal (formulario opcional para la predesignación)

Formulario DWC 9784: Predesignación de quiropráctico o acupunturista personal

Apéndice E: Memorandos de política vigentes y directrices de la DWC (febrero de 2026)

Guía para trabajadores lesionados de la DWC (Edición de mayo de 2024): Guía completa sobre los derechos y procedimientos de compensación laboral.

Programa de utilización de tratamientos médicos de DWC: Directrices actuales de MTUS con actualizaciones periódicas.

Información sobre la revisión médica independiente de DWC: procedimientos, costos, plazos y cómo solicitarla.

Preguntas frecuentes sobre la revisión de utilización de DWC: Respuestas a preguntas comunes sobre UR

Información sobre la red de proveedores médicos de DWC: aprobación, modificación y requisitos de la MPN.

Información sobre la organización de atención médica de DWC: Certificación y procedimientos de HCO

Aviso de propuestas de actualización de MTUS (27 de febrero de 2026): Propuestas de actualización de las directrices sobre dolor crónico, trastornos oculares y enfoque general del tratamiento.

Apéndice F: Evidencia médica y condiciones del país (no aplicable)

Esta sección se omite ya que no es aplicable al tratamiento médico en materia de compensación laboral. La documentación sobre las condiciones del país es relevante para las solicitudes de asilo y protección internacional, no para la compensación laboral en el ámbito nacional.

Apéndice G: Normas y procedimientos locales del Tribunal de Inmigración de San Francisco (No aplicable)

Esta sección se omite ya que los tribunales de inmigración no tienen jurisdicción sobre asuntos de compensación laboral.

Las disputas relacionadas con la indemnización laboral se resuelven a través de la División de Indemnización Laboral, no de los tribunales de inmigración.

Apéndice H: Estatutos de Derecho Penal de California (No aplicable)

Las referencias a la Sección 1203.43 del Código Penal (reparación posterior a la condena por consecuencias migratorias) y a la Sección 1473.7 del Código Penal (anulación de condenas con consecuencias migratorias) no son aplicables al tratamiento médico de compensación laboral y se omiten.

Referencias y fuentes completas

A. Estatutos y legislación

Código Laboral de California, División 4 - Indemnización y Seguros para Trabajadores

Sección 4600 del Código Laboral de California - Derecho a recibir tratamiento médico

Sección 4600.5 del Código Laboral de California - Requisitos para las organizaciones de atención médica

Sección 4610 del Código Laboral de California - Revisión de la Utilización

Sección 4610.5 del Código Laboral de California: Tratamiento médico controvertido y revisión médica independiente.

Sección 4616 del Código Laboral de California - Redes de Proveedores Médicos

Código Laboral de California, Secciones 5400-5402 - Requisitos de Notificación y Reclamación

B. Reglamento del Código Administrativo de California (Título 8)

8 CCR Sección 9767.5 - Estándares de acceso para redes de proveedores médicos

8 CCR Sección 9767.6 - Tratamiento y cambio de médicos dentro de una MPN

8 CCR Sección 9767.7 - Segunda y tercera opinión

8 CCR Sección 9780.1 - Predesignación del médico personal del empleado

8 CCR Sección 9792.6 - Normas de revisión de utilización (General)

8 CCR Sección 9792.6.1 - Definiciones de revisión de utilización

8 CCR Sección 9792.9 - Normas de revisión de utilización (Lesiones anteriores a 2013)

8 CCR Sección 9792.9.1 - Estándares de revisión de utilización (lesiones de 2013 en adelante)

8 CCR Sección 9792.10.1 - Resolución de disputas sobre la revisión de la utilización

8 CCR Sección 9792.20-9792.27 - Programa de utilización de tratamientos médicos

8 CCR Sección 9792.24.2 - Directrices para el tratamiento del dolor crónico

8 CCR Sección 9792.27.18-9792.27.23 - Formulario de medicamentos de MTUS

C. Jurisprudencia

Agencia de Seguros del Medio Oeste de Illinois contra Rodríguez, No. B344044 (Tribunal de Apelaciones de California, 10/11/2025)

Díaz contra Pacific Coast Framers Inc., 2023 Cal. Wrk. Comp. PD LEXIS 211

D. División de Orientación y Recursos sobre Compensación Laboral

Programa de utilización de tratamiento médico (MTUS) de DWC

Revisión médica independiente (IMR) de DWC

Preguntas frecuentes sobre la revisión de utilización de DWC

Redes de proveedores médicos de DWC

Organizaciones de atención médica de DWC

Unidad de Información y Asistencia de DWC

Guía para trabajadores lesionados de la DWC (mayo de 2024)

DWC Medical Care - Recursos para trabajadores lesionados

Preguntas frecuentes de DWC para empleados

Revisión independiente de proyectos de ley (IBR) de DWC

Actualizaciones basadas en evidencia del DWC MTUS (Aviso de audiencia de febrero de 2026)

E. Recursos jurídicos secundarios y guía práctica

Goldschmid, Silver & Spindel - Cómo obtener autorización para un tratamiento médico

daisyBill - Guía de autorización automática para la compensación laboral en California

daisyBill - Solicitud de Propuesta para Tratamiento de Emergencia en la Compensación Laboral de California

daisyBill - Tratamientos que no califican para la autorización automática

daisyBill - La autorización automática falla para los trabajadores lesionados de California

Torrez Legal - Proceso de apelación para reclamaciones de indemnización laboral denegadas

Ley Laboral "Primero los Empleados" - Sección 4600 del Código Laboral - Derecho a la Atención Médica

Ley Laboral "Primero los Empleados" - Sección 5814 del Código Laboral - Sanciones por demora injustificada

Ley Laboral "Primero los Empleados" - Indemnización Laboral por Reclamaciones de Salud Mental

Ley Laboral "Empleados Primero": Cómo cambiar de médico de compensación laboral en la MPN

Ley Laboral "Primero los Empleados" - Sección 139.21 del Código Laboral - Requisitos de la Red de Proveedores Médicos

Roy Yang Law - Indemnización laboral por reclamaciones de salud mental

Centro de Estrés y Ansiedad de San Francisco - Reclamaciones por Indemnización Laboral y Salud Mental

Bufete de Abogados Friedman - El límite de 24 visitas en la compensación laboral

Sullivan & Associates - Revisión acelerada de solicitudes de tratamiento

Sullivan & Associates - Guía de plazos para la indemnización laboral

CWCI - Empleadores - Instituto de Compensación para Trabajadores de California

Pacific Workers - Segundas opiniones sobre compensación laboral en California

Fondo Estatal - Comprensión del proceso de revisión de utilización e IMR

Sentry Insurance - Red de proveedores médicos de California

Predesignación de médico de San Francisco

Vasquez Law - Indemnización laboral en California: Guía completa para 2026

Juez O'Brien - Área geográfica razonable en compensación laboral

Instituto de Compensación Laboral de California - Enmiendas al Proyecto de Ley SB 863

Departamento de Recursos Humanos de California - Avance sobre la compensación laboral

Preguntas frecuentes de DWC sobre la revisión de utilización para administradores de reclamaciones

Preguntas frecuentes de DWC sobre el baremo de honorarios médicos de RBRVS

Boxer & Gerson - El Boxeo de Sanciones - Sanciones según la Sección 5814 del Código Laboral

Definiciones de la red de proveedores médicos de DWC

Presentación electrónica del primer informe médico

DWC - Si mi reclamación fue denegada

F. Recursos comparativos federales e interestatales

Hernandez-Montiel v. INS, 225 F.3d 1084 (9th Cir. 2000) - (Nota: Caso de derecho migratorio; citado únicamente por principios de derecho administrativo relacionados con la revisión de pruebas sustanciales)

Indemnización laboral en Illinois - Selección de médicos

Indemnización laboral en Florida - Enfermedades profesionales

Artículo 440.151 de los Estatutos de Florida - Enfermedades profesionales

Informe generado: 27 de febrero de 2026

Descargo de responsabilidad: Este informe proporciona información legal general sobre los procedimientos de autorización de tratamiento médico para la compensación laboral en California. No constituye asesoramiento legal ni establece una relación abogado-cliente. Las personas que enfrenten problemas específicos de autorización de tratamiento médico deben consultar con un abogado con licencia en California. La información de este informe es precisa al 27 de febrero de 2026, pero las leyes y regulaciones de compensación laboral están sujetas a cambios. Los profesionales deben consultar periódicamente el sitio web del Departamento de Compensación para Trabajadores (DWC) para obtener información actualizada.

Referencias

Sección 4600 del Código Laboral de California (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section-4600-5/>)

Artículo 4610 del Código Laboral (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section-4610-5/>)

Artículo 4616 del Código Laboral (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/article-2.3/>)

Sección 5400-5402 del Código Laboral (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-3/>)

8 CCR Sección 9792.6.1 (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9792.6>)

8 CCR Sección 9792.9 (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_9.html)

8 CCR Sección 9792.9.1 (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_9_1.html)

8 CCR Sección 9792.20-9792.27 (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/mtus.html>)

8 CCR Sección 9767.5 (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

8 CCR Sección 9767.6 (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_6.html)

8 CCR Sección 9767.7 (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_7.html)

8 Sección CCR Sección 9768.1 et seq. (https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwc_mpn_main.html)

Caso Acosta, 19 I&N Dec. 211 (BIA 1985) (<https://www.justice.gov/eoir/virtual-law-library>)

La Guía para Trabajadores Lesionados de la División de Compensación para Trabajadores (<https://www.dir.ca.gov/injuredworkerguidebook/injuredworkerguidebook.html>)

Página de preguntas frecuentes sobre la revisión de utilización del DWC (https://www.dir.ca.gov/dwc/utilizationreview/ur_faqs.htm)

La página web del DWC IMR (<https://www.dir.ca.gov/dwc/imr.htm>)

Hernandez-Montiel contra INS, 225 F.3d 1084 (9.º Cir. 2000) (https://scholar.google.com/scholar_case?case=hernandez_montiel)

Fondo Estatal (<https://www.statefundca.com/state-agency/understanding-the-utilization-review/>)

Sentry Insurance Group MPN #3197 (vigente a partir del 01/01/2025) (<https://www.sentry.com/for-medical-providers/california-medical-provider-network>)

Centro de Estrés y Ansiedad de San Francisco (<https://sfstress.com/workers-compensation-mental-health-claims/>)

Artículo 5402(c) del Código Laboral (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-3/compensation-claims/>)

Díaz contra Pacific Coast Framers Inc. (2023) (<https://www.sullivanattorneys.com/blog/expedited-review-requests-treatment/>)

8 CCR Sección 9780.1 (https://www.dir.ca.gov/t8/9780_1.html)

DWC-1 (Aviso de posible elegibilidad) (<https://www.dir.ca.gov/dwc/forms.html>)

Formulario RFA de DWC (https://www.dir.ca.gov/t8/9785_5.html)

8 Código de Reglamentos de California Sección 9792.27.18-9792.27.23 (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/MTUS-Formulary.html>)

Información sobre la organización de atención médica de DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/HCO.htm>)

Aviso de propuestas de actualización del MTUS (27 de febrero de 2026) (<https://www.dir.ca.gov/dwc/DWCPropRegs/2025/MTUS-Evidence-Based-Update-November/Workplace-Mental-Health-Introduction.pdf>)

Artículo 1203.43 del Código Penal (<https://law.justia.com/codes/california/penal-code/part-1/title-3/chapter-8/section-1203.43/>)

Artículo 1473.7 del Código Penal (<https://law.justia.com/codes/california/penal-code/part-3/title-14/chapter-1/section-1473.7/>)

Sección 4 del Código Laboral de California: Indemnización y Seguros para Trabajadores (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/>)

8 CCR Sección 9792.10.1 - Resolución de disputas sobre la revisión de la utilización (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_10_1.html)

8 CCR Sección 9792.24.2 - Directrices sobre el dolor crónico (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_24_2.html)

Illinois Midwest Ins. Agency v. Rodriguez, No. B344044 (Cal. Ct. App. 11/10/2025) (<https://www.workerscompensation.com/daily-headlines/calif-court-clarifies-steps-for-disputing-utilization-review-decisions/>)

Díaz v. Pacific Coast Framers Inc., 2023 Cal. Wrk. Comp. PD LEXIS 211 (<https://www.sullivanattorneys.com/blog/expedited-review-requests-treatment>)

Unidad de Información y Asistencia de DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/ianda.html>)

Atención médica de DWC - Recursos para trabajadores lesionados (<https://www.dir.ca.gov/dwc/medicalcare.htm>)

Preguntas frecuentes de DWC para empleados (<https://www.dir.ca.gov/dwc/wcfaqiw.html>)

Revisión independiente de proyectos de ley (IBR) de DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/ibr.htm>)

Actualizaciones basadas en evidencia del DWC MTUS (Aviso de audiencia de febrero de 2026) (<https://www.dir.ca.gov/DIRNews/2026/2026-09.html>)

Goldschmid, Silver & Spindel - Obtención de autorización para tratamiento médico (<https://www.gsscomplaw.com/your-rights/getting-medical-treatment-authorized/>)

daisyBill - Guía de autorización automática para la compensación laboral en California (<https://blog.daisybill.com/complete-2018-automatic-authorization-guide-for-california-workers-comp>)

daisyBill - Solicitud de autorización para tratamiento de emergencia en la compensación laboral de California (<https://kb.daisybill.com/topics/authorization-treatment>)

daisyBill - Tratamientos que no califican para la autorización automática (<https://blog.daisybill.com/treatments-that-do-not-qualify-for-automatic-authorization-workers-comp>)

daisyBill - La autorización automática perjudica a los trabajadores lesionados de California (<https://blog.daisybill.com/automatic-authorization-fails-ca-injured-workers>)

Torrez Legal - Proceso de apelación para reclamaciones de indemnización laboral denegadas (<https://torrezlegal.com/blog/the-appeals-process-for-denied-workers-compensation-claims/>)

Ley Laboral Employees First - Sección 4600 del Código Laboral - Derecho a Tratamiento Médico (<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A74600-right-to-medical-treatment-workers-comp/>)

Employees First Labor Law - Sección 5814 del Código Laboral - Sanciones por demora injustificada (<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A75814-penalties-for-unreasonable-delay-or-denial/>)

Employees First Labor Law - Indemnización laboral por reclamaciones de salud mental (<https://employeesfirstlaborlaw.com/workers-comp-for-psychological-injuries-in-california-your-rights-explained/>)

Employees First Labor Law - Cómo cambiar de médico de compensación laboral en la MPN (<https://employeesfirstlaborlaw.com/how-to-change-your-workers-comp-doctor-in-the-mpn-california-guide/>)

Employees First Labor Law - Sección 139.21 del Código Laboral - Requisitos de la red de proveedores médicos (<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A7139-21-medical-provider-network-requirements/>)

Roy Yang Law - Indemnización laboral por reclamaciones relacionadas con la salud mental (<https://royyanglaw.com/workers-comp/mental-health-claims/>)

Bufete de Abogados Friedman - El límite de 24 visitas en compensación laboral (<https://www.friedmanlawoffices.com/2023/01/the-24-visit-cap-a-sixty-second-seminar-in-workers-compensation-claims-handling/>)

Sullivan & Associates - Guía de plazos para la indemnización laboral (<https://www.sullivanattorneys.com/hubfs/website/resources-page-docs/MS&A%20Work%20Comp%20Time%20Limits.pdf>)

CWCI - Empleadores - Instituto de Compensación para Trabajadores de California (https://www.cwci.org/Employers_.html)

Pacific Workers - Segundas opiniones sobre compensación laboral en California (<https://www.pacificworkers.com/blog/2025/october/second-opinions-in-california-workers-comp-when-/>)

Predesignación de médicos de San Francisco (<https://sfdhr.org/physician-pre-designation>)

Vasquez Law - Indemnización laboral en California: Guía completa para 2026 (<https://www.vasquezlawnc.com/blog/california-workers-compensation-guide>)

Juez O'Brien - Área geográfica razonable en compensación laboral (https://judgeobrien.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1184&Itemid=573)

Instituto de Compensación Laboral de California - Enmiendas al proyecto de ley SB 863 (<https://www.cwci.org/document.php?file=2038.doc>)

Departamento de Recursos Humanos de California - Vista previa de la compensación laboral (<https://www.calhr.ca.gov/workers-compensation-preview>)

Preguntas frecuentes del DWC sobre el baremo de honorarios médicos del RBRVS (https://www.dir.ca.gov/dwc/FAQ/RBRVS_Faqs.html)

Boxer & Gerson - El Cuadro de Sanciones - Sanciones según la Sección 5814 del Código Laboral (<https://www.boxerlaw.com/workerscompzone/the-penalty-box-part-one/>)

Definiciones de la red de proveedores médicos de DWC (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_1.html)

Presentación electrónica del primer informe médico (<https://www.dir.ca.gov/dwc/Electronic-Reporting-System-for-DFR/Index.htm>)

DWC - Si mi reclamación fue denegada (<https://www.dir.ca.gov/dwc/myclaimwasdenied.htm>)

Indemnización laboral en Illinois - Selección de médico (<https://www.connollyinjurylaw.com/blog/does-illinois-workers-compensation-choose-my-medical-provider/>)

Indemnización laboral en Florida - Enfermedades profesionales
(<https://www.brandonjbroderick.com/florida/understanding-florida-workers-compensation-benefits-occupational-diseases>)

Sección 440.151 de los Estatutos de Florida - Enfermedades
Ocupacionales (https://www.leg.state.fl.us/statutes/index.cfm?App_mode=Display_Statute&URL=0400-0499%2F0440%2FSections%2F0440.151.html)

goperspecta.com ([https://www.goperspecta.com/VPD/sentry/public\[11\]](https://www.goperspecta.com/VPD/sentry/public[11]))

chcf.org (<https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2017/12/PDF-WorkersCompOverview06.pdf>)

dir.ca.gov (https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/MTUS_DisclosureOfConflicOfInsterest.html)

dir.ca.gov (<https://www.dir.ca.gov/injuredworkerguidebook/Chapter3.pdf>)

law.justia.com (<https://law.justia.com/codes/california/2007/lab/4600-4614.1.html>)

dir.ca.gov (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_6_1.html)

qpwblaw.com (<https://qpwblaw.com/wp-content/uploads/2024/08/CA-WC-Placard-General.pdf>)

covid19.sullivanattorneys.com
(https://covid19.sullivanattorneys.com/ebook/When_Must_a_Claim_Form_Be_Provided%3F)

bpkfirm.com (<https://bpkfirm.com/labor-code-5500-5-date-of-injury/>)

dir.ca.gov (https://www.dir.ca.gov/dwc/IBR/IBR_FAQs.htm)

dir.ca.gov (<http://www.dir.ca.gov/dwc/DWCPropRegs/2026/MTUS/Index.htm>)

dir.ca.gov (https://www.dir.ca.gov/t8/9788_1.html)

law.justia.com (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2/section-4603-2/>)

kb.daisybill.com (<https://kb.daisybill.com/articles/do-the-new-mandatory-billing-guidelines-in-sb-1175-apply-to-dates-of-service-prior-to-january-1-2017>)

law.justia.com (<https://law.justia.com/codes/california/2007/lab/4616-4616.7.html>)

law.justia.com (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4616-4616.7/4616>)

galantipatti.com (<https://www.galantipatti.com/can-you-switch-doctors-during-a-workers-comp-claim-in-illinois/>)

dir.ca.gov (<https://www.dir.ca.gov/dwc/forms/5021.pdf>)