

Guías de la AMA para la evaluación de la incapacidad permanente
Incapacidad, Quinta Edición en California Workers'
Remuneración: Análisis legal y práctico

(PARTE A: ANÁLISIS DE TRABAJADORES LESIONADOS)

25 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.

LAS GUÍAS DE LA AMA PARA LA EVALUACIÓN DE DETERIORO PERMANENTE, QUINTA EDICIÓN, EN COMPENSACIÓN LABORAL DE CALIFORNIA

La quinta edición de la Guía para la Evaluación de la Incapacidad Permanente de la Asociación Médica Estadounidense (AMA) es la referencia médica obligatoria que los médicos de California deben utilizar para determinar el grado de afectación permanente que una lesión laboral ha causado en su cuerpo. Desde 2005, la ley de California exige este libro como punto de partida para calcular sus beneficios por incapacidad permanente (IP), es decir, el dinero que recibe cuando una lesión laboral le deja con limitaciones físicas permanentes. Este informe explica cómo funciona el sistema, cómo se calcula su calificación, cuáles son sus derechos y cómo puede impugnar una calificación que considere demasiado baja.

Importante: Una diferencia de tan solo entre el cinco y el diez por ciento en su calificación de incapacidad permanente puede significar decenas de miles de dólares más o menos en compensación. Comprender este proceso le ayuda a proteger su futuro financiero. Employees First Labor Law — Calificaciones de Incapacidad Permanente (<https://employeesfirstlaborlaw.com/permanent-disability-ratings-in-california-workers-comp-how-they-work-and-what-theyre-worth/>)

Parte 1: ¿Qué son las Guías de la AMA y por qué son importantes para usted?

Comprender las guías de la AMA

Las Guías de la AMA son un libro de texto médico publicado por la Asociación Médica Estadounidense. Los médicos lo utilizan para asignar un porcentaje —denominado Índice de Incapacidad Total de la Persona (WPI, por sus siglas en inglés)— a su lesión. Este porcentaje mide cuánto reduce su lesión su capacidad para realizar actividades cotidianas como caminar, levantar objetos, dormir y cuidarse a sí mismo. Invictus Law PC — Guías de la AMA en Compensación Laboral (<https://www.invictuslawpc.com/resources/ama-guides-in-workers-compensation/>)

La ley de California exige que los médicos utilicen la Quinta Edición de las Guías de la AMA, publicada en 2001. El estado adoptó esta edición en 2005 como parte de una importante reforma de la compensación laboral. Código de Reglamentos de California, título 8, § 9805 (<https://www.dir.ca.gov/t8/9805.html>)

Cómo miden las guías su discapacidad

Las guías se centran en las actividades de la vida diaria (AVD), es decir, las tareas básicas que realizas a diario. Tu médico debe documentar cómo tu lesión afecta a estas actividades.

- Autocuidado: Bañarse, vestirse, comer, usar el baño
- Actividad física: Sentarse, estar de pie, caminar, subir escaleras
- Actividades manuales: Agarrar, levantar y transportar objetos.
- Comunicación: Escribir, teclear, hablar
- Función sensorial: Ver, oír, sentir.
- Sueño: Capacidad para conseguir un sueño reparador
- Viajes: Conducir, usar el transporte público
- Función sexual: Capacidad para participar en actividades íntimas

Su médico lo examina, revisa su historial clínico y los resultados de las pruebas, y luego utiliza las tablas de las Guías de la AMA para asignar un porcentaje de Incapacidad Laboral Total (WPI). Employees First Labor Law — Incapacidad Laboral Total (<https://employeesfirstlaborlaw.com/whole-person-impairment-wpi-california-workers-comp-2025/>)

Discapacidad vs. Incapacidad: Una diferencia importante

Las guías de la AMA miden la discapacidad, es decir, cómo la lesión afecta el funcionamiento del cuerpo. La discapacidad es un concepto más amplio que también considera la edad, el trabajo y cómo la lesión afecta la capacidad de ganarse la vida. El sistema de California convierte su calificación de incapacidad en una calificación de discapacidad mediante ajustes adicionales. El mismo porcentaje de incapacidad puede generar diferentes calificaciones de discapacidad según si se trata de un joven trabajador de la construcción o un oficinista de mayor edad. Employees First Labor Law — PDRS (<https://employeesfirstlaborlaw.com/permanent-disability-rating-schedule-pdrs-workers-comp/>)

Parte 2: Marco legal de California para las calificaciones de discapacidad permanente

La ley que exige las guías de la AMA

El artículo 4660 del Código Laboral de California es la principal ley que rige las calificaciones de incapacidad permanente. Requiere que su calificación tenga en cuenta la naturaleza de su lesión, su ocupación y su edad al momento de la lesión. Código Laboral de California, artículo

4660 (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?sectionNum=4660.&lawCode=LAB)

Específicamente, el Código Laboral de California §

4660(b)(1) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?sectionNum=4660.&lawCode=LAB) exige que las calificaciones de discapacidad permanente se basen en el Programa de Calificación de Discapacidad Permanente (PDRS, por sus siglas en inglés), el cual debe utilizar "criterios objetivos basados en el consenso". La regulación en el Código de Regulaciones de California, título 8, § 9805 (<https://www.dir.ca.gov/t8/9805.html>) incorpora formalmente la Quinta Edición de las Guías de la AMA a dicho programa.

Tres tablas de valoración basadas en la fecha de su lesión.

California utiliza diferentes reglas de calificación dependiendo de cuándo ocurrió su lesión:

- Antes del 1 de enero de 2005: Se aplica el PDRS de 1997 (<https://www.dir.ca.gov/dwc/pdr1997.pdf>). Este documento anterior al nuevo horario permitió a médicos y jueces mayor flexibilidad a la hora de evaluar las discapacidades.
- Del 1 de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2012: Se aplica el PDRS de 2005 (<https://www.dir.ca.gov/dwc/pdr.pdf>). Este programa introdujo la quinta edición de las Guías de la AMA e incluyó un ajuste por Disminución de la Capacidad de Ingresos Futuros (DFEC, por sus siglas en inglés), un factor adicional que mide cuánto reduciría su lesión sus ingresos futuros.
- A partir del 1 de enero de 2013: Se aplica el PDRS vigente. Sigue utilizando la Quinta Edición de las Guías de la AMA, pero elimina el ajuste DFEC y utiliza una fórmula más sencilla con un factor de multiplicación de 1,4.

Importante: Debe conocer la fecha de su lesión, ya que esta determina qué conjunto de normas se aplica a su caso. Utilizar el calendario incorrecto puede resultar en una calificación errónea.

Incapacidad automática del 100% por ciertas lesiones.

El Código Laboral de California § 4662 establece una norma según la cual ciertas lesiones devastadoras califican automáticamente como Incapacidad Total Permanente (ITP) del 100 %. No necesita las Guías de la AMA para demostrar la incapacidad total si cumple con los siguientes requisitos:

- Ceguera total en ambos ojos
- Pérdida de ambas manos o ambos pies
- Parálisis de ambas piernas
- Pérdida de ambos brazos
- Pérdida de un brazo y una pierna

Esta ley actúa como una red de seguridad para evitar que las Guías de la AMA generen una calificación injustamente baja para los trabajadores con lesiones catastróficas. Invictus Law PC — Guías de la AMA en Compensación Laboral (<https://www.invictuslawpc.com/resources/ama-guides-in-workers-compensation/>)

Parte 3: Cómo se calcula su calificación de discapacidad integral (WPI, por sus siglas en inglés)

Paso 1: Alcanzar la máxima mejoría médica

Antes de que pueda recibir una calificación de discapacidad permanente, su médico debe determinar que ha alcanzado la Máxima Mejora Médica (MMI, por sus siglas en inglés), también conocida como Permanente y Estable (P&E, por sus siglas en inglés) en California. Esto significa que su condición se ha estabilizado y no se espera que mejore significativamente con un tratamiento adicional. Employees First Labor Law — P&E vs. MMI (<https://employeesfirstlaborlaw.com/permanent-and-stationary-ps-vs-maximum-medical-improvement-mmi/>)

Una vez que alcance la Máxima Mejora Médica (MMI, por sus siglas en inglés), tu médico (o un evaluador médico) realizará un examen detallado y redactará un informe que incluirá tu historial médico, síntomas actuales, resultados de las pruebas, limitaciones funcionales y un porcentaje de Incapacidad Laboral Intensiva (WPI, por sus siglas en inglés).

Importante: La calidad de este informe médico afecta directamente a sus beneficios de por vida. Asegúrese de que su médico documente detalladamente todas sus limitaciones.

Paso 2: El médico asigna un porcentaje de WPI

Su médico utiliza las Guías de la AMA para clasificar cada parte del cuerpo lesionada. El método depende del tipo de lesión:

- Lesiones de columna: Las guías ofrecen dos métodos. El método de Estimación Relacionada con el Diagnóstico (DRE) evalúa su estado según su diagnóstico y el daño nervioso. El método de Rango de Movimiento (ROM) mide la pérdida de movilidad de la columna. Si ambos métodos son aplicables, el médico debe utilizar el que proporcione un resultado más preciso.
- Lesiones en las extremidades superiores (hombro, brazo, mano): El médico mide el rango de movimiento, la fuerza de agarre (con un dinamómetro Jamar), la fuerza de pinza y la pérdida de sensibilidad. Las guías proporcionan tablas para convertir estas mediciones en porcentajes.
- Lesiones en las extremidades inferiores (cadera, rodilla, tobillo, pie): Se utilizan mediciones similares para evaluar el rango de movimiento, la fuerza, la pérdida sensorial y la capacidad para caminar.
- Lesiones psiquiátricas: Ley de California según Cal. Lab. Code § 4660.1(c)(1) (https://leginfo.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?sectionNum=4660.1.&lawCode=LA)
B) Restringe cuándo se puede recibir una calificación de discapacidad por afecciones psicológicas causadas por una lesión física. Existen excepciones si la lesión física es catastrófica o si se fue víctima o testigo de un delito violento en el trabajo. Cuando la lesión psiquiátrica es calificable, los médicos utilizan la Escala de Evaluación Global del Funcionamiento (GAF) para asignar una puntuación que se convierte en un porcentaje de Incapacidad Laboral (WPI). Ayuda para Lesiones Laborales: Guía de la Puntuación GAF (<https://www.workinjuryhelp.com/gaf-score-meaning-what-you-need-to-know/>)

Paso 3: Combinación de múltiples lesiones

Si sufrió lesiones en más de una parte del cuerpo, cada lesión se evalúa por separado y luego se combina mediante la Tabla de Valores Combinados (CVC). La CVC es una tabla matemática que evita la doble contabilización cuando dos lesiones afectan las mismas actividades diarias. Employees First Labor Law — Incapacidad Total de la Persona (<https://employeesfirstlaborlaw.com/whole-person-impairment-wpi-california-workers-comp-2025/>)

El PDRS de 2005 (<https://www.dir.ca.gov/dwc/pdr.pdf>) también especifica factores de conversión para ciertas partes del cuerpo. Por ejemplo, las deficiencias en la columna lumbar se multiplican por un 90 %, las de la columna torácica por un 40 % y las de la columna cervical por un 80 % para convertirlas a la escala de la persona en su totalidad.

Nota: El CVC suele generar una cifra combinada inferior a la suma de sus calificaciones individuales. Sin embargo, como se explica en la Parte 6, es posible que pueda impugnar esta reducción en determinadas situaciones.

Parte 4: De WPI a su calificación final de discapacidad permanente

Adaptación ocupacional

Una vez calculado su Incapacidad Laboral Permanente (WPI, por sus siglas en inglés), se ajusta según la exigencia física de su trabajo en el momento de la lesión. El PDRS divide las ocupaciones en grupos de la A a la J. El grupo A representa trabajos sedentarios de oficina. El grupo J representa trabajos físicos pesados, como la construcción o el trabajo en almacenes. Employees First Labor Law — PDRS (<https://employeesfirstlaborlaw.com/permanent-disability-rating-schedule-pdrs-workers-comp/>)

Si realizaba trabajos pesados, su calificación se ajusta al alza porque la misma lesión le dificulta regresar a un trabajo físicamente exigente. Si tenía un trabajo de oficina, el ajuste puede ser menor. Tablas de variantes ocupacionales del PDRS de 1997 (<https://www.dir.ca.gov/dwc/pdr1997.pdf>)

Ajuste por edad

Su calificación también se ajusta según su edad al momento de la lesión. El PDRS utiliza los 39 años como edad base. Si era menor de 39 años, su calificación se ajusta al alza porque tiene más años laborales por delante que se verán afectados por la lesión. Si era mayor de 39 años, su calificación puede ajustarse ligeramente a la baja. Employees First Labor Law — Calificaciones de Discapacidad Permanente (<https://employeesfirstlaborlaw.com/permanent-disability-ratings-in-california-workers-comp-how-they-work-and-what-theyre-worth/>)

Factor de ajuste de 1,4

Para lesiones ocurridas a partir del 1 de enero de 2013, su calificación ajustada se multiplica por 1.4 para obtener su porcentaje final de incapacidad permanente. Este factor se introdujo para mantener niveles de compensación adecuados tras la eliminación del ajuste DFEC. Employees First Labor Law — PDRS (<https://employeesfirstlaborlaw.com/permanent-disability-rating-schedule-pdrs-workers-comp/>)

Un ejemplo del mundo real

Así es como funciona el cálculo completo para un trabajador de mantenimiento de 45 años que resultó herido el 15 de enero de 2018 con una lesión en la columna lumbar:

1. Calificación WPI: El médico utiliza el método ROM y asigna un 12 % de WPI.
2. Ajuste ocupacional: Como trabajador de mantenimiento (categoría I — trabajo pesado), la calificación se ajusta al 14%.
3. Ajuste por edad: A los 45 años (por encima del valor base de 39), la calificación se ajusta aproximadamente al 13%.
4. Prorrato: La compañía de seguros demuestra que el 10% de la discapacidad se debe a una degeneración preexistente. La parte industrial es el 90% del 13% = aproximadamente el 12%.
5. Factor de ajuste final: $12\% \times 1,4 =$ aproximadamente 17% de incapacidad permanente final
6. Remuneración: Con un salario semanal promedio de \$800, una calificación del 17% generalmente produce beneficios que oscilan entre \$20,000 y \$35,000.

Parte 5: Evaluadores médicos: QME y AME

¿Qué es un QME?

Un Evaluador Médico Calificado (QME, por sus siglas en inglés) es un médico certificado por la División de Compensación para Trabajadores de California (DWC, por sus siglas en inglés) para resolver disputas médicas en casos de compensación laboral. Si usted y la compañía de seguros no están de acuerdo con su calificación de discapacidad, cualquiera de las partes puede solicitar una evaluación de un QME. Employees First Labor Law — QME vs. AME (<https://employeesfirstlaborlaw.com/qme-vs-ame-in-california-workers-comp-whats-the-difference/>)

La DWC proporciona un panel de tres examinadores médicos calificados (QME, por sus siglas en inglés), y usted (o su abogado) selecciona uno de ellos. El QME realiza un examen completo y redacta un informe detallado que se convierte en evidencia clave en su caso.

¿Qué es un AME?

Un Evaluador Médico Acordado (AME, por sus siglas en inglés) es un médico que tanto usted como la compañía de seguros aceptan utilizar. Los AME solo están disponibles cuando ambas partes cuentan con abogados. Dado que ambas partes eligieron al AME, los jueces suelen otorgar gran importancia a su opinión. Employees First Labor Law — QME vs. AME (<https://employeesfirstlaborlaw.com/qme-vs-ame-in-california-workers-comp-whats-the-difference/>)

¿Qué características debe tener un informe médico válido?

Según el Código de Reglamentos de California, título 8, § 10606 (<https://www.dir.ca.gov/t8/10606.html>), un informe médico utilizado para la incapacidad permanente debe incluir:

- Su historial médico completo
 - Todos los resultados de las pruebas diagnósticas (radiografías, resonancias magnéticas, análisis de laboratorio)
- Hallazgos del examen físico
- Limitaciones funcionales específicas con las mediciones
- Un diagnóstico claro
- Discusión sobre la causa de su afección.
- Análisis de reparto (explicado en la Parte 7)
- La calificación del IPP con una explicación completa de cómo se calculó.

Importante: Si a un informe médico le falta alguno de estos elementos, puede impugnarlo por estar incompleto. Un juez puede ordenar un nuevo informe o aceptar pruebas médicas diferentes.

Parte 6: Cómo impugnar una calificación injusta: El marco de Almaraz-Guzmán

¿Por qué las guías de la AMA a veces producen calificaciones injustas?

Las Guías de la AMA se diseñaron para evaluar la discapacidad médica, no para determinar las prestaciones por incapacidad laboral. La aplicación estricta de estas guías puede generar diversos problemas: Invictus Law PC — Guías de la AMA en materia de incapacidad laboral (<https://www.invictuslawpc.com/resources/ama-guides-in-workers-compensation/>)

- El dolor crónico a menudo se subestima porque las Guías requieren hallazgos objetivos (como daño nervioso visible en una resonancia magnética), pero muchas afecciones de dolor reales e incapacitantes no se muestran en las pruebas.
- Las lesiones psicológicas como la depresión, la ansiedad y el TEPT están restringidas por ley para ser evaluadas.
en la mayoría de los casos
- Es posible que las afecciones raras no se mencionen específicamente en las guías.
- Es posible que las diferencias individuales no se reflejen en las tablas estandarizadas de las Guías.

Su derecho a impugnar: Las decisiones de Almaraz y Guzmán

La Junta de Apelaciones de Compensación para Trabajadores de California (WCAB) emitió decisiones históricas en Almaraz v. WCAB y Guzman v. WCAB (WCAB En Plen, septiembre de 2009) (https://www.dir.ca.gov/wcab/EnBancdecisions2009/WCABEnBancAlmarazMGuzmanJ_Sep2009.pdf) que protegen a los trabajadores lesionados de calificaciones injustas. Estas decisiones establecieron que:

- Las calificaciones de las Guías AMA son evidencia prima facie (lo que significa que se presumen correctas, pero pueden ser desafiado)
- Puedes refutar (desafiar y superar) una calificación de AMA Guides demostrando que no es justa o medir con precisión su discapacidad permanente real
- Un médico puede utilizar métodos alternativos dentro de las Guías de la AMA para producir una calificación más precisa.
- La refutación debe mantenerse dentro de los "cuatro rincones" de las Guías, lo que significa que el médico debe usar un enfoque diferente. método del mismo libro, no inventar una calificación de fuera de las Guías

Cómo funciona la refutación en la práctica

Si su médico evalúa su columna lumbar con un 10 % de WPI utilizando el método DRE, pero otro médico demuestra que el método ROM (también incluido en las Guías de la AMA) arrojaría un 15 % de WPI que refleja con mayor precisión su rango de movimiento perdido, usted puede presentar la calificación del 15 % como refutación. El juez de compensación laboral decidirá entonces qué método es más preciso para su condición específica.

Este marco de referencia es especialmente importante para los casos de dolor crónico. Un médico puede argumentar que una tabla de valoración específica del dolor incluida en las Guías refleja mejor la discapacidad del paciente que una valoración estándar basada en el diagnóstico.

Cuestionando la tabla de valores combinados

También puede cuestionar cómo se combinan las lesiones múltiples. En la decisión en pleno de la WCAB en Vigil v. County of Kern y casos de apelación anteriores, incluido Athens v. WCAB (Kite), la Junta reconoció dos maneras de refutar la CVC: Bradford & Barthel — En Banc Decision Clarifies Kite Rebuttals (<https://bradfordbarthel.com/2024/06/13/en-banc-decision-clarifies-kite-rebuttals/>)

- Sin superposición: Sus lesiones afectan actividades diarias completamente diferentes sin interacción, por lo que reducir la La calificación combinada es injusta.
- Efecto sinérgico: Sus lesiones en conjunto generan una mayor pérdida funcional que cualquiera de ellas por separado, por lo que la reducción del CVC subestima su discapacidad real.

Importante: Estos desafíos requieren evidencia médica detallada. Su médico debe explicarle específicamente qué actividades diarias se ven afectadas por cada lesión y por qué la fórmula combinada estándar no funciona en su caso.

Parte 7: Reparto — Cuando las condiciones preexistentes afectan su calificación

¿Qué es el reparto de escaños?

La prorratación es el proceso de dividir su discapacidad permanente entre la lesión laboral y otras causas, como el envejecimiento, lesiones previas o afecciones médicas preexistentes. Según el Código Laboral de California, § 4663 (https://leginfo.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?sectionNum=4663.&lawCode=LAB), su médico debe determinar qué porcentaje de su discapacidad fue causada por la lesión laboral y qué porcentaje por otros factores.

La compañía de seguros tiene la carga de la prueba, lo que significa que debe presentar evidencia médica para justificar cualquier prorrato. Usted no está obligado a demostrar que toda su discapacidad está relacionada con el trabajo; la aseguradora debe demostrar qué parte no lo está.

Reglas que te protegen

- Un médico no puede determinar el grado de discapacidad simplemente porque una resonancia magnética muestre desgaste propio de la edad. El médico debe explicar específicamente cómo esa condición preexistente contribuye a sus limitaciones funcionales actuales.
- Si no tenía síntomas, ni tratamiento, ni restricciones laborales antes de la lesión, la asignación a pre-Para la compañía de seguros es mucho más difícil demostrar la degeneración preexistente.
- La Doctrina Hikida: Si usted se sometió a cirugía u otro tratamiento médico por una lesión laboral y el tratamiento fracasó o causó complicaciones, la discapacidad resultante no puede ser prorrateada. El tratamiento fue necesario debido a la lesión laboral, por lo que cualquier complicación sigue siendo responsabilidad del sistema de compensación laboral.

Cómo combatir la distribución injusta de escaños

- Reúna evidencia de su salud previa a la lesión: registros de asistencia al trabajo, evaluaciones de desempeño y cualquier Historiales médicos que demuestren que usted estaba sano antes de la lesión.
- Pídele a tu médico que te explique específicamente cómo la condición preexistente contribuye o no a tu limitaciones actuales
- Cuestionar las opiniones de reparto vagas o sin fundamento que no explican el "cómo y el por qué".

Parte 8: Evaluaciones de la capacidad funcional (ECF)

¿Qué es un FCE?

Una Evaluación de Capacidad Funcional (ECF) es una serie de pruebas físicas realizadas por un fisioterapeuta o terapeuta ocupacional para medir sus capacidades físicas. Estas pruebas suelen incluir levantar, cargar, empujar, tirar, agacharse y tareas específicas del trabajo. Visionary Law Group — Evaluación de Capacidad Funcional (<https://visionarylawgroup.com/functional-capacity-evaluation-workers-comp/>)

Las evaluaciones funcionales de la capacidad (FCE, por sus siglas en inglés) suelen realizarse cerca del momento en que se alcanza la máxima mejoría médica (MMI, por sus siglas en inglés). Los resultados proporcionan al médico datos objetivos que respaldan la calificación de la discapacidad.

Cómo afectan los resultados del FCE a tu calificación

Si una evaluación funcional de la capacidad de levantar peso (FCE, por sus siglas en inglés) muestra que solo puede levantar 15 libras cuando antes de su lesión podía levantar 50 libras, su médico podría utilizar esta pérdida del 70 % de su capacidad de levantar peso para justificar una calificación de incapacidad laboral (WPI, por sus siglas en inglés) más alta. Sin embargo, la FCE no determina automáticamente su calificación; su médico debe interpretar los resultados según el marco de las Guías de la AMA.

Problemas de validez

Las evaluaciones de aptitud física incluyen pruebas para determinar si usted se esforzó al máximo. Si el evaluador observa inconsistencias, como mediciones de fuerza de agarre que varían considerablemente entre intentos, la compañía de seguros podría argumentar que usted no se esforzó lo suficiente. Esto puede reducir la credibilidad de toda la evaluación.

Nota: Sea honesto durante su evaluación de capacidad funcional. Haga lo mejor que pueda en cada tarea, pero no se esfuerce si siente dolor intenso, ya que podría lesionarse aún más. El esfuerzo constante y honesto produce los resultados más fiables.

Parte 9: Sus beneficios, acuerdos y compensación

Tipos de prestaciones por incapacidad permanente

La Incapacidad Parcial Permanente (IPP) se aplica si su calificación está entre el 1 % y el 99 %. Recibirá pagos quincenales durante un número determinado de semanas, según su porcentaje de incapacidad y su salario semanal. DWC — Beneficios por Incapacidad Permanente (<https://www.dir.ca.gov/dwc/permanentdisability.htm>)

La Incapacidad Total Permanente (ITP) se aplica si su calificación es del 100%. Recibirá pagos de compensación salarial de por vida y atención médica continua. Invictus Law PC — Guías de la AMA sobre compensación laboral (<https://www.invictuslawpc.com/resources/ama-guides-in-workers-compensation/>)

Opciones de liquidación

Tienes dos opciones principales de resolución:

- Acuerdo de Transacción y Liberación (C&R): Un pago único que cierra su caso, incluyendo la atención médica futura. Usted recibe un pago importante, pero renuncia al derecho a recibir tratamiento médico futuro por compensación laboral para esa lesión.
- Premio estipulado: Usted acepta una calificación de discapacidad y recibe pagos periódicos, pero conserva el derecho para la atención médica futura a través de la compensación laboral.

Prestaciones complementarias por desplazamiento laboral (SJDB, por sus siglas en inglés)

Si no puede regresar a su antiguo trabajo debido a su lesión y su empleador no puede ofrecerle un trabajo modificado o alternativo que le pague al menos el 85% de su salario anterior a la lesión, podría calificar para un bono de \$6,000 para cubrir los costos de capacitación laboral, orientación vocacional, tarifas de licencias o servicios de búsqueda de empleo. Derecho de Lesiones Personales en San Diego — SJDB (<https://www.personalinjurylawsandiego.com/workers-compensation/supplemental-job-displacement-benefits-sjdb/>)

Rangos típicos de asentamiento

Los montos de las indemnizaciones varían según su calificación específica, salario y lesión, pero los promedios generales incluyen: Scheran & Bassett — Valores de las partes del cuerpo en compensación laboral (<https://scherandbassett.com/workers-comp-body-part-values-in-california-breakdown/>)

- Columna vertebral y sistema nervioso central: entre 50.000 y 150.000 dólares para grados moderados.
- Lesiones de rodilla: aproximadamente \$25,000
- Cuello, brazo y zona lumbar: entre 35.000 y 60.000 dólares.
- Múltiples partes del cuerpo: aproximadamente 63.000 dólares o más.
- Cadera, muslo y pelvis: aproximadamente 60.000 dólares

Importante: Estos son solo promedios generales. Su indemnización final dependerá de su grado de discapacidad específico, sus ingresos, sus futuras necesidades médicas y la solidez de sus pruebas.

Parte 10: Pasos prácticos para proteger sus derechos

Obtener una calificación inicial precisa

- Elija un médico con conocimientos: Busque un médico tratante que comprenda la Quinta Guía de la AMA Edición y documentación de sus limitaciones en detalle
- Describa claramente sus limitaciones: Dígame a su médico exactamente cómo afecta su lesión a su vida diaria: problemas para dormir, dificultad para levantar a sus hijos, incapacidad para sentarse durante largos períodos, problemas de concentración.
- Complete todas las pruebas recomendadas: Asegúrese de que se hayan realizado todas las pruebas de imagen (resonancias magnéticas, radiografías), análisis de laboratorio y consultas con especialistas. Las derivaciones se completan antes de su evaluación de P&S.
- Prepárese para las evaluaciones QME o AME: Traiga todos los registros médicos, sea honesto acerca de sus síntomas y Evite tanto exagerar como minimizar sus limitaciones.

Impugnar una calificación inadecuada

1. Solicite una explicación completa por escrito de cómo el médico calculó su WPI, qué método de las Guías de la AMA se utilizó y el razonamiento para cualquier prorrato.
2. Obtenga una segunda opinión médica de un doctor que pueda evaluar si un método alternativo de las Guías AMA produciría una calificación más precisa.
3. Solicite una evaluación por parte de un panel de QME (si no está representado) o negocie la designación de un AME (si cuenta con un abogado).
4. Conserve sus argumentos de refutación de Almaraz-Guzman con evidencia médica detallada para una posible apelación.

Distribución de escaños para la lucha

- Impugne cualquier dictamen de reparto que no explique específicamente cómo una condición preexistente contribuye a sus limitaciones funcionales actuales.
- Presente pruebas de su capacidad para trabajar sin restricciones antes de la lesión.
- Recuérdeles a los médicos y jueces que la presencia de degeneración en las imágenes no significa automáticamente que haya causado su discapacidad.

Parte 11: Novedades legales actuales

Guías de la AMA, sexta edición

La AMA ha estado publicando capítulos actualizados para la sexta edición de las Guías, que abarcan áreas como la columna vertebral, las extremidades superiores e inferiores y el sistema nervioso. Sin embargo, la ley de California aún exige la quinta edición.

Un cambio en la Sexta Edición requeriría una actualización reglamentaria formal. AMA — Resumen de las Guías (<https://www.ama-assn.org/practice-management/ama-guides/ama-guides-evaluation-permanent-impairment-overview>)

Jurisprudencia en evolución

Los tribunales siguen perfeccionando las normas establecidas por Almaraz-Guzman y Vigil. Decisiones recientes han aclarado cuándo y cómo se pueden refutar las calificaciones de las Guías de la AMA, qué nivel de detalle médico se requiere y qué peso deben otorgar los jueces al criterio clínico frente a la metodología estricta de las Guías.

Nota: La legislación sobre compensación laboral cambia con el tiempo. Manténgase informado sobre las nuevas decisiones de la Junta de Apelaciones de Compensación Laboral (WCAB) y las propuestas legislativas que puedan afectar su calificación o beneficios. Un abogado con experiencia puede ayudarle a comprender cómo se aplican los cambios recientes a su caso.

Referencias

1. Calificaciones de discapacidad permanente en la compensación laboral de California: cómo funcionan y cuánto valen (<https://employeesfirstlaborlaw.com/permanent-disability-ratings-in-california-workers-comp-how-they-work-and-what-theyre-worth/>) — Employees First Labor Law.
2. Tabla para la calificación de discapacidades permanentes (PDRS de 1997) (<https://www.dir.ca.gov/dwc/pdr1997.pdf>) — Departamento de Relaciones Industriales de California, División de Compensación para Trabajadores.
3. Tabla para la calificación de discapacidades permanentes (PDRS 2005) (<https://www.dir.ca.gov/dwc/pdr.pdf>) — Departamento de Relaciones Industriales de California, División de Compensación para Trabajadores.
4. Las guías de la AMA y su papel en los casos de compensación laboral en California (<https://www.invictuslawpc.com/resources/ama-guides-in-workers-compensation/>) — Invictus Law PC.
5. Incapacidad total de la persona (WPI) Compensación laboral de California (2025) (<https://employeesfirstlaborlaw.com/whole-person-impairment-wpi-california-workers-comp-2025/>) — Employees First Labor Law.
6. Tabla de Calificación de Discapacidad Permanente (PDRS) — Compensación para Trabajadores (<https://employeesfirstlaborlaw.com/permanent-disability-rating-schedule-pdrs-workers-comp/>) — Employees First Labor Law.
7. Cal. Code Regs. tit. 8, § 9805 — Tabla para la calificación de discapacidades permanentes, adopción (<https://www.dir.ca.gov/t8/9805.html>) — Código de Reglamentos de California.
8. QME vs. AME en la compensación laboral de California: ¿Cuál es la diferencia? (<https://employeesfirstlaborlaw.com/qme-vs-ame-in-california-workers-comp-whats-the-difference/>) — Employees First Labor Law.
9. Almaraz v. WCAB y Guzman v. WCAB (WCAB En Plen, septiembre de 2009) (https://www.dir.ca.gov/wcab/EnBancdecisions2009/WCABEnBancAlmarazMGuzmanJ_Sep2009.pdf) — División de Compensación para Trabajadores de California, WCAB.
10. Decisión del Pleno aclara las refutaciones de Kite (<https://bradfordbarthel.com/2024/06/13/en-banc-decision-clarifies-kite-rebuttals/>) — Bufete de Abogados Bradford & Barthel.
11. DWC — Beneficios por Discapacidad Permanente (<https://www.dir.ca.gov/dwc/permanentdisability.htm>) — División de Compensación para Trabajadores de California.
12. Guía para trabajadores lesionados (Capítulo 7 — Prestaciones por incapacidad permanente) (<https://www.dir.ca.gov/injuredworkerguidebook/chapter7.pdf>) — División de Trabajadores de California Compensación.
13. Permanente y Estacionario (P&S) vs. Máxima Mejora Médica (MMI) (<https://employeesfirstlaborlaw.com/permanent-and-stationary-ps-vs-maximum-medical-improvement-mmi/>) — Employees First Labor Law.
14. Evaluación de la capacidad funcional en compensación laboral: qué es y cómo funciona (<https://visionarylawgroup.com/functional-capacity-evaluation-workers-comp/>) — Visionary Law Group.
15. Puntuación GAF: Guía de compensación laboral por lesiones psiquiátricas (<https://www.workinjuryhelp.com/gaf-score-meaning-what-you-need-to-know/>) — Ayuda para lesiones laborales.
16. Prestaciones complementarias por desplazamiento laboral en California (<https://www.personalinjurylawsandiego.com/workers-compensation/supplemental-job-displacement-benefits-sjdb/>) — Robert A. McLaughlin, APC.

17. Valores de las partes del cuerpo en compensación laboral en California (desglose) (<https://scherandbassett.com/workers-comp-body-part-values-in-california-breakdown/>) — Scheran & Bassett.

18. Guías de la AMA: Descripción general de la evaluación de la discapacidad permanente (<https://www.ama-assn.org/practice-management/ama-guides/ama-guides-evaluation-permanent-impairment-overview>) — Asociación Médica Estadounidense.

19. Preguntas frecuentes de la DWC sobre el PDRS para profesionales (https://www.dir.ca.gov/dwc/faq/deu_faq.html) — División de Compensación para Trabajadores de California.

20. Efecto negativo de las guías de la AMA en las calificaciones de discapacidad permanente (<https://www.geklaw.com/news/amaguides.html>) — Gordon, Edelstein, Krepack, Grant, Felton & Goldstein LLP.

Guías de la AMA para la evaluación de la incapacidad permanente Incapacidad, Quinta Edición en California Workers' Remuneración: Análisis legal y práctico

(PARTE B: ANÁLISIS JURÍDICO)

Generado por: Asistente Legal de IA

Organizado por: El bufete de abogados de Fernando Hidalgo, Inc. 25 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.

Resumen ejecutivo

La quinta edición de las Guías de la Asociación Médica Estadounidense (AMA) para la evaluación de la discapacidad permanente sirve como base médico-legal obligatoria para determinar la compensación por discapacidad permanente en las reclamaciones de compensación laboral de California.[6] Desde que California adoptó este sistema estandarizado de calificación de discapacidad en 2005, las Guías han transformado fundamentalmente la forma en que los trabajadores lesionados reciben beneficios, convirtiendo afecciones médicas complejas en calificaciones porcentuales que determinan directamente los montos de compensación, la duración de los beneficios y la elegibilidad para la capacitación vocacional.[1][6] Sin embargo, este sistema también se ha convertido en objeto de una importante controversia legal, ya que los tribunales de California reconocen que la aplicación rígida de las Guías de la AMA puede producir calificaciones que no reflejan de manera justa o precisa las verdaderas limitaciones funcionales de un trabajador lesionado.

Para los trabajadores lesionados en California, las implicaciones prácticas son sustanciales: una diferencia de entre cinco y diez por ciento en una calificación de discapacidad permanente puede traducirse en decenas de miles de dólares en compensación perdida.[1] El proceso de cálculo requiere una comprensión precisa de múltiples componentes: determinación de la discapacidad de la persona en su totalidad (WPI), ajustes por edad y ocupación, asignación de condiciones preexistentes y la aplicación de la Tabla de Valores Combinados para lesiones múltiples.[7][8] Los evaluadores médicos (evaluadores médicos calificados, o QME, y evaluadores médicos acordados, o AME) tienen una responsabilidad significativa de aplicar estas pautas con precisión, sin embargo, muchos profesionales y trabajadores lesionados informan que las Guías subestiman el dolor subjetivo, el trauma psicológico y las limitaciones funcionales crónicas que afectan profundamente la calidad de vida y la capacidad de ganancia.[6]

Conclusiones clave:

Evaluación de riesgos: Existe un alto riesgo de que los trabajadores lesionados reciban calificaciones infravaloradas si sus reclamaciones no se gestionan cuidadosamente mediante la recopilación de pruebas médicas, la selección adecuada de evaluadores médicos y, cuando sea necesario, impugnaciones legales a las solicitudes de las Guías de la AMA según los precedentes establecidos en California que permiten la refutación de las calificaciones programadas.

Opciones estratégicas principales: Los trabajadores pueden optar por una evaluación médica inicial con documentación minuciosa de las limitaciones funcionales para maximizar la calificación del WPI desde el principio, o bien, reservar los argumentos que impugnen la idoneidad de las calificaciones de las Guías de la AMA para una apelación o revisión judicial si las calificaciones iniciales resultan insuficientes para reflejar el impacto real de la lesión.

Consideraciones sobre el cronograma: El proceso de calificación de discapacidad permanente generalmente comienza una vez que un trabajador alcanza la Máxima Mejora Médica (MMI) o se convierte en "Permanente y Estacionario" (P&S), un punto crítico donde la calidad de los informes médicos impacta directamente en los beneficios de por vida. Las reclamaciones que surjan antes del 1 de enero de 2005 se rigen por el PDRS de 1997; las reclamaciones desde 2005 hasta el 31 de diciembre de 2012 aplican el PDRS de 2005 con el ajuste de Disminución de la Capacidad de Ingresos Futuros (DFEC), ahora eliminado; y las reclamaciones desde el 1 de enero de 2013 en adelante aplican la versión simplificada actual sin DFEC pero sujeta a la estricta aplicación de las Guías de la AMA.[8]

Probabilidad de éxito en la obtención de una compensación justa: Confianza moderada en que los trabajadores con hallazgos médicos objetivos sólidos recibirán calificaciones iniciales apropiadas, pero confianza baja a moderada en que las quejas subjetivas (dolor, fatiga, dificultades cognitivas) se registrarán adecuadamente en la metodología estándar de las Guías de la AMA. Confianza moderada a alta en que una representación legal competente que identifique fallas genuinas en el análisis de la discapacidad puede impugnar con éxito las calificaciones infravaloradas a través del proceso de apelación o forzar un acuerdo con valores más altos al resaltar los defectos en los registros.

Marco jurídico y autoridad legal

Adopción obligatoria de las Guías de la AMA en California

La Sección 4660 del Código Laboral de California establece la base legal para las calificaciones de discapacidad permanente y exige explícitamente el uso de las Guías de la AMA para la evaluación de la discapacidad.[9] El estatuto dispone que al determinar el porcentaje de discapacidad permanente, "se tomará en cuenta la naturaleza de la lesión física o desfiguración, la ocupación del empleado lesionado y su edad en el momento de dicha lesión".[3] Fundamentalmente, la Sección 4660(b)(1) del Código Laboral exige que las determinaciones de discapacidad permanente "incorporen por referencia el cuadro de calificación de discapacidad permanente, que se basará en las recomendaciones de la

Director Administrativo, adoptado de conformidad con la Ley de Procedimiento Administrativo, utilizando criterios objetivos basados en el consenso." [8]

El marco regulatorio está codificado en el Título 8, Sección 9805 del Código de Regulaciones de California, que establece que "el programa adopta e incorpora la Quinta Edición de las Guías de la Asociación Médica Estadounidense (AMA) para la Evaluación de la Discapacidad Permanente" [9] Esta incorporación regulatoria significa que los médicos que realizan evaluaciones de discapacidad en California deben utilizar la metodología, las tablas, las calificaciones y las estimaciones relacionadas con el diagnóstico que se encuentran en la Quinta Edición publicada por la AMA. [6]

La adopción de la Quinta Edición en 2005 representó un cambio significativo con respecto al sistema anterior de California, que permitía una mayor discreción médica y judicial en la calificación de las discapacidades permanentes. [6] La Ley de Trabajadores de 2004 La Ley de Reforma de la Compensación (SB 899) implementó este cambio, que según la historia legislativa tenía como objetivo crear coherencia y reducir los costos de compensación en todo el estado. Sin embargo, la tensión entre coherencia y precisión ha generado una jurisprudencia sustancial, en particular a través de las decisiones históricas en *Almaraz v.* El caso WCAB y el caso *Guzmán contra WCAB* se analizan a continuación.

Estructura del cronograma reglamentario

El Sistema de Clasificación de Incapacidad Permanente (PDRS, por sus siglas en inglés) funciona como un sistema de tres niveles según la fecha de la lesión [8] Para las reclamaciones con fechas de lesión anteriores al 1 de enero de 2005, se aplica el PDRS de 1997 cuando un médico declaró al trabajador con incapacidad permanente y estable o cuando el empleador proporcionó el aviso requerido. Este sistema anterior contenía una integración menos detallada de las Guías de la AMA y permitía un criterio médico más amplio. [3] [5]

Para las fechas de lesión entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2012, se aplica el PDRS de 2005, que integró la Quinta Edición de las Guías de la AMA e incluyó un factor de ajuste de capacidad de ganancia futura disminuida (DFEC). [8] Esto significa que el médico calificaría la discapacidad utilizando las tablas de las Guías de la AMA, y esa calificación luego se ajustaría por un factor ocupacional y de edad basado en la capacidad de ganancia restante del trabajador. [5] [8]

Para las fechas de lesión a partir del 1 de enero de 2013, se aplica el PDRS actual, que continúa la metodología de la Quinta Edición de las Guías de la AMA, pero elimina el ajuste DFEC. En las calificaciones posteriores a 2013, la fórmula es más simplificada: (1) el WPI se determina utilizando las Guías de la AMA; (2) el WPI se ajusta según la ocupación utilizando tablas de variantes ocupacionales; (3) el resultado se ajusta según la edad del trabajador utilizando tablas de ajuste por edad; y (4) la cifra final se multiplica por un factor de ajuste de 1,4 para las fechas de lesión a partir del 1 de enero de 2013. [8]

Artículo 4662 del Código Laboral: Presunciones concluyentes de incapacidad total

Existe una importante excepción legal en virtud del artículo 4662 del Código Laboral, que establece presunciones concluyentes de que ciertas lesiones catastróficas resultan en una incapacidad total permanente (ITP) del 100 %. [1] Estas incluyen ceguera total en ambos ojos, pérdida de ambas manos, pérdida de ambos pies, parálisis de ambas piernas, pérdida de ambos brazos o pérdida de un brazo y una pierna. [1] [6] Esta ley funciona como una válvula de seguridad que impide que las Guías de la AMA produzcan calificaciones absurdamente bajas para trabajadores con lesiones devastadoras. [6]

Definiciones clave: Deficiencia vs. Discapacidad

El sistema de California mantiene una distinción crítica entre deficiencia y discapacidad. [7] La deficiencia, medida por las Guías de la AMA, se refiere a "una reducción en la función de la persona en su totalidad" y refleja la gravedad médica de una afección y cómo afecta la capacidad de una persona para realizar actividades de la vida diaria (AVD), excluyendo el trabajo. Las Guías de la AMA establecen explícitamente que sus calificaciones miden la discapacidad en función de las limitaciones funcionales en el autocuidado, la comunicación, la actividad física, la función sensorial, las actividades manuales, los viajes, la función sexual y el sueño.

La discapacidad, por el contrario, se refiere a "una alteración de la capacidad de un individuo para cumplir con las exigencias personales, sociales u ocupacionales debido a una deficiencia". En el sistema de compensación laboral de California, la calificación de discapacidad permanente traduce la deficiencia médica en un monto de compensación basado en fórmulas legales que también consideran la edad del trabajador, la ocupación y la capacidad de ingresos futuros (para reclamos anteriores a 2013). [1] [7] [8] Por lo tanto, el mismo porcentaje de WPI puede resultar en diferentes calificaciones de PD finales dependiendo de si el trabajador lesionado es un obrero de 25 años en comparación con un empleado de oficina de 58 años.

Guías de la AMA, quinta edición: filosofía, propósito y aplicación.

Contexto histórico: Por qué California adoptó las Guías de la AMA

Antes de 2005, California utilizaba un baremo de valoración de incapacidad permanente de 1997 que, si bien hacía referencia a los conceptos de las Guías de la AMA, permitía a los médicos y jueces una discreción sustancial en la aplicación de los porcentajes de incapacidad y permitía la consideración del dolor subjetivo, las limitaciones funcionales y la pérdida de capacidad de ganancia de maneras que el sistema actual restringe.[6] La Ley de Reforma de la Indemnización Laboral de 2004 alteró fundamentalmente este enfoque, al exigir el uso de los porcentajes de incapacidad de la Quinta Edición de las Guías de la AMA como base para las valoraciones de incapacidad permanente.[6]

Este cambio fue impulsado por una intención legislativa de reducir los costos de compensación laboral y aumentar la previsibilidad y la uniformidad.[6] Sin embargo, los críticos argumentan —y los tribunales de California lo han reconocido cada vez más— que las Guías de la AMA fueron diseñadas por especialistas médicos para medir el deterioro funcional en las actividades de la vida diaria, no para determinar los beneficios apropiados por discapacidad de compensación laboral o la pérdida de capacidad de ganancia futura.[6] Las Guías mismas establecen explícitamente que las calificaciones de deterioro "no se corresponden directamente con la discapacidad, la capacidad laboral o la necesidad de servicios de rehabilitación".

Estructura de la quinta edición

La quinta edición, publicada en 2001, proporciona una metodología detallada para evaluar la discapacidad permanente en múltiples sistemas corporales y funciones orgánicas. Las guías organizan las clasificaciones de discapacidad en torno a varios principios clave:

Actividades de la Vida Diaria (AVD) como punto de referencia: Las guías miden cómo una discapacidad reduce la capacidad de una persona para realizar las AVD normales, incluyendo el autocuidado y la higiene personal (orinar, defecar, cepillarse los dientes, comer, bañarse, vestirse); la comunicación (escribir, teclear, ver, oír, hablar); la actividad física (sentarse, ponerse de pie, reclinarsse, caminar, subir escaleras); la función sensorial (oír, ver, gustar, oler, tocar); las actividades manuales (agarrar, levantar, discriminación táctil); los desplazamientos y el transporte; la función sexual; y el sueño. El médico evaluador debe documentar cómo la lesión afecta a cada dominio relevante de las AVD.

Juicio clínico dentro del marco de las Guías: Las Guías establecen explícitamente que los médicos deben "seleccionar el/los método(s) clínicamente más apropiado(s) (es decir, el/los más específico(s)) para evaluar una discapacidad y que, en algunos casos, "es necesario utilizar más de un método para evaluar con precisión todas las características de la discapacidad". Este lenguaje se ha vuelto fundamental en las decisiones de apelación de California, que reconocen que los médicos pueden refutar las calificaciones inapropiadas de las Guías de la AMA utilizando métodos alternativos dentro del propio marco de las Guías.

Evaluación por analogía para afecciones no incluidas explícitamente: Las Guías proporcionan un marco para evaluar afecciones no clasificadas explícitamente, comparando el deterioro cuantificable de afecciones no incluidas con afecciones similares que tienen un impacto similar en las actividades de la vida diaria (AVD). Este mecanismo permite flexibilidad en la clasificación de afecciones nuevas o raras, sin dejar de estar fundamentado teóricamente en la metodología de las Guías.

Distinción entre hallazgos subjetivos y objetivos: Las guías reconocen la existencia e importancia de las quejas subjetivas (dolor, fatiga, malestar emocional) para el individuo y su impacto funcional, pero históricamente han proporcionado mecanismos limitados para evaluar las afecciones subjetivas en ausencia de hallazgos clínicos objetivos. Esto ha generado críticas sustanciales, las cuales se analizan con mayor detalle más adelante.

Proceso de cálculo de la discapacidad integral de la persona (WPI, por sus siglas en inglés)

Paso 1: Evaluación médica y determinación del MMI (Máximo Intervalo de Mejora Médica)

El proceso de calificación de discapacidad permanente comienza cuando un trabajador lesionado alcanza la Máxima Mejora Médica (MMI, por sus siglas en inglés), también conocida como "Permanente y Estable" (P&S, por sus siglas en inglés) en la terminología de California. La MMI se define como el punto en el que la condición médica se ha estabilizado, es improbable que mejore aún más con tratamiento adicional y ha alcanzado un estado de máxima recuperación funcional. Para muchos trabajadores, la MMI se alcanza cuando los médicos tratantes declaran que la condición es permanente y estable en un informe médico, generalmente un informe P&S o el formulario PR-4.

La determinación de MMI es fundamental porque desencadena el cambio de las prestaciones por incapacidad temporal a la compensación por incapacidad permanente e inicia el proceso de calificación de la discapacidad. En este punto, el médico tratante o un evaluador médico-legal (normalmente un QME o AME) debe completar una evaluación integral.

que documenta la naturaleza de la lesión, el historial médico, el curso del tratamiento, el estado clínico actual, los resultados de las pruebas de diagnóstico, las limitaciones funcionales y una calificación WPI.

Paso 2: Calificación WPI utilizando la metodología de las guías de la AMA

Una vez establecido el MMI, un médico con licencia aplica la Quinta Edición de las Guías de la AMA para asignar un porcentaje de WPI a cada parte o sistema del cuerpo afectado.[1][6][7] El médico realiza un examen físico detallado, revisa las imágenes diagnósticas y los resultados de laboratorio, evalúa el rango de movimiento (ROM) y la fuerza, evalúa los hallazgos neurológicos y documenta el grado en que la lesión afecta las ADL específicas relevantes para el sistema corporal afectado.

Para las afecciones de la columna vertebral, las Guías de la AMA ofrecen dos metodologías de clasificación principales: el método de Estimaciones Relacionadas con el Diagnóstico (DRE, por sus siglas en inglés) y el método de Rango de Movimiento (ROM, por sus siglas en inglés). El método DRE asigna clasificaciones basadas en los hallazgos diagnósticos y la presencia de déficits neurológicos, categorizando las afecciones en categorías I a V según su gravedad. El método ROM mide la pérdida de movilidad de la columna vertebral y utiliza mediciones para determinar la discapacidad. Según las Guías de la AMA, un médico puede utilizar cualquiera de las dos metodologías o ambas, y si ambas arrojan resultados diferentes, se debe seleccionar la clasificación más alta si está clínicamente justificada.

Para las discapacidades de las extremidades superiores, las Guías proporcionan protocolos detallados para medir la pérdida de amplitud de movimiento, los déficits de fuerza de agarre y pinza, la pérdida sensorial y las limitaciones funcionales. La fuerza de agarre se mide con un dinamómetro Jamar mediante tres repeticiones; las mediciones se consideran válidas si no varían más del 20 % entre las pruebas. La fuerza de pinza se mide de forma similar. Las Guías incluyen tablas que correlacionan los déficits de fuerza con los porcentajes de discapacidad.

Para las discapacidades de las extremidades inferiores, se utilizan protocolos similares para evaluar el rango de movimiento, la fuerza, la pérdida sensorial y los trastornos de la marcha o la postura. Las guías reconocen que las discapacidades de las extremidades inferiores suelen afectar la capacidad de caminar, subir escaleras, mantener el equilibrio y realizar actividades de la vida diaria (AVD) que implican trabajo físico, con una clara relevancia funcional.

En el caso de lesiones psiquiátricas y psicológicas, la ley de California restringe las calificaciones de incapacidad permanente (IP) para dichas afecciones. Según la Sección 4660.1(c)(1) del Código Laboral, no hay aumento en la calificación de incapacidad por disfunción del sueño, disfunción sexual o trastorno psiquiátrico indemnizable derivado de una lesión física indemnizable. Sin embargo, existen excepciones: las lesiones psiquiátricas son indemnizables si la lesión física es "catastrófica" (definida como aquella que resulta en incapacidad total permanente, pérdida del uso de dos o más extremidades, quemaduras graves, traumatismo craneoencefálico grave o quemaduras serias) o si el trabajador lesionado fue víctima o testigo de un delito violento en el curso del empleo.

Cuando se puede evaluar una lesión psiquiátrica, el evaluador utiliza la escala de Evaluación Global del Funcionamiento (GAF, por sus siglas en inglés), que proporciona una calificación numérica del 1 al 100 basada en la gravedad de los síntomas y el deterioro funcional, que luego se convierte a un porcentaje de WPI utilizando una tabla de conversión.

Paso 3: Convertir las discapacidades de partes del cuerpo en discapacidades de la persona en su totalidad.

Cuando un trabajador tiene múltiples partes del cuerpo lesionadas, cada deficiencia de una parte del cuerpo debe convertirse a la escala de la persona completa y luego combinarse usando una fórmula matemática para evitar la "piramidación" (doble conteo superpuesto de limitaciones funcionales).[5][7] Por ejemplo, un trabajador con una deficiencia en la columna lumbar y una deficiencia en la rodilla izquierda tendría cada una calificada por separado usando las Guías de la AMA, luego combinadas usando la Tabla de Valores Combinados (CVC), una tabla que reduce matemáticamente la calificación combinada para tener en cuenta los efectos funcionales superpuestos.[5][7]

Las fórmulas de conversión especificadas en la PDRS garantizan que todas las deficiencias se expresen en la escala de la persona completa antes de su combinación.[5] Para las deficiencias de la columna vertebral, la PDRS especifica porcentajes de conversión: las deficiencias de la columna lumbar se multiplican por el 90 %, las de la columna torácica por el 40 % y las de la columna cervical por el 80 % para obtener la deficiencia de la persona completa. Para las deficiencias de las extremidades, se aplican factores de conversión similares.[5]

La tabla de valores combinados refleja el principio de que las discapacidades múltiples suelen tener efectos superpuestos en las actividades de la vida diaria (AVD). Por ejemplo, una persona con una discapacidad de espalda y otra de rodilla experimentará limitaciones en la actividad física, los desplazamientos y otras AVD afectadas por ambas afecciones; una simple suma contaría esta superposición dos veces. La metodología CVC reconoce esto mediante fórmulas matemáticas que reducen la calificación combinada.[5] Sin embargo, como se explica más adelante, la ley de California permite cada vez más a los trabajadores refutar las solicitudes de CVC demostrando efectos no superpuestos o efectos amplificadores (sinérgicos) entre las discapacidades múltiples.

Conversión de las calificaciones WPI a porcentajes finales de discapacidad permanente

Paso 4: Adaptación laboral

Una vez calculado el WPI, la ley de California exige ajustes basados en la ocupación del trabajador lesionado en el momento de la lesión.[1][3][5][8] El PDRS especifica grupos de variantes ocupacionales, de la A a la J, que reflejan las exigencias físicas de las diferentes categorías de trabajo.[3][5] Las ocupaciones de trabajo pesado (variante J) reciben ajustes ocupacionales más altos que el trabajo sedentario (variante A), lo que refleja el principio de que la misma discapacidad funcional crea una mayor pérdida de capacidad de ganancia futura para un trabajador de almacén que para un oficinista.[1][3][5]

El ajuste ocupacional se aplica a través de tablas en el PDRS que muestran la calificación ajustada para cada porcentaje estándar de WPI en las variantes ocupacionales.[5] Por ejemplo, un WPI del 15 por ciento para un trabajador en la categoría ocupacional H (mayores exigencias físicas) podría ajustarse al alza al 17 por ciento, mientras que el mismo WPI del 15 por ciento para un trabajador de la categoría C (menores exigencias físicas) podría ajustarse al 14 por ciento.[5][8]

Paso 5: Ajuste por edad

Después del ajuste ocupacional, la calificación se ajusta aún más en función de la edad del trabajador lesionado en el momento de la lesión.[1][3][5][8] El PDRS proporciona tablas de ajuste por edad que reflejan el principio de que las discapacidades permanentes tienen un mayor impacto en la capacidad de ganancia futura para los trabajadores más jóvenes con vidas laborales restantes más largas que para los trabajadores que se acercan a la jubilación.[1][3][5][8]

A diferencia de los ajustes ocupacionales que pueden aumentar o disminuir las calificaciones según las exigencias del trabajo, los ajustes por edad aumentan sistemáticamente las calificaciones para los trabajadores menores de 39 años (el trabajador "promedio" teórico utilizado como referencia) y las disminuyen para los trabajadores de 40 años o más.[5][8] Por ejemplo, un trabajador de 20 años con una calificación WPI del 20 por ciento ajustada por categoría ocupacional podría recibir un ajuste final por edad que aumente la calificación al 23 por ciento, mientras que un trabajador de 65 años con la misma calificación ajustada por ocupación podría verla reducida al 18 por ciento.[5]

Paso 6: Prorrato de condiciones preexistentes

Uno de los aspectos más polémicos de la calificación de la incapacidad permanente en California es la asignación de la responsabilidad, es decir, el proceso de distribuir una parte de la incapacidad permanente del trabajador entre causas no laborales (preexistentes). Según la Sección 4663 del Código Laboral, los médicos deben determinar qué porcentaje de la incapacidad permanente del trabajador fue causada por la lesión laboral y qué porcentaje por otros factores, como el envejecimiento, lesiones previas, afecciones degenerativas o enfermedades sistémicas.

La carga de probar la atribución recae sobre la compañía de seguros (demandada). Para establecer con éxito la atribución, la evidencia médica debe demostrar: (1) un factor previo (historial médico documentado); (2) que la discapacidad permanente actual es mayor de lo que habría sido por el factor previo por sí solo; y (3) evidencia que indique que el factor previo causó o contribuyó a la discapacidad con base en una probabilidad médica razonable. Un médico no puede simplemente atribuir la discapacidad porque aparezcan cambios degenerativos en las imágenes; el médico debe explicar el "cómo y por qué" funcional de cómo la condición preexistente contribuye a las limitaciones funcionales actuales.

Por ejemplo, en el caso de un trabajador de almacén con una hernia discal aguda por una lesión al levantar objetos y una enfermedad discal degenerativa preexistente visible en la resonancia magnética, un evaluador médico cualificado podría atribuir el 70 % de la incapacidad permanente a la lesión laboral y el 30 % a los cambios degenerativos, pero solo si el evaluador proporciona una explicación detallada de cómo la patología degenerativa subyacente contribuyó a las limitaciones funcionales junto con la lesión aguda. Este análisis de atribución afecta únicamente a la calificación de la incapacidad permanente; no reduce el derecho del trabajador al tratamiento médico ni a las prestaciones por incapacidad temporal, que siguen siendo totalmente pagaderas independientemente de la atribución.

Existe una limitación importante en el prorrato según el principio de Hikida: la discapacidad resultante de un tratamiento médico laboral (incluidas las cirugías fallidas o sus complicaciones) generalmente no puede atribuirse a factores no laborales, ya que el tratamiento en sí fue necesario debido a la lesión laboral.

Paso 7: Cálculo final y factor de ajuste

Para fechas de lesión anteriores al 1 de enero de 2013, la calificación final de discapacidad permanente se calcula aplicando los ajustes por ocupación, edad y (para lesiones de 2005-2012) el ajuste por disminución de la capacidad de ganancia futura, y luego aplicando el factor de ajuste legal de 1.4.[5][8] Para fechas de lesión en o después del 1 de enero

1, 2013, el cálculo aplica ajustes ocupacionales y por edad, luego multiplica por el factor de ajuste de 1,4.[8]

El factor de ajuste de 1,4 se introdujo para garantizar niveles de compensación adecuados después de la eliminación del DFEC y otros factores en los cambios de reglas de 2013.[8] Este factor de multiplicación se aplica a la calificación ajustada final para producir el porcentaje final de discapacidad permanente.[8]

Ejemplo práctico del cálculo completo

Para ilustrarlo, consideremos el caso de un trabajador de mantenimiento de 45 años que se lesionó el 15 de enero de 2018 (fecha de la lesión posterior a 2013) y sufrió una distensión en la columna lumbar con una protrusión discal documentada:

Clasificación WPI: Un evaluador médico cualificado, utilizando el método ROM de las Guías AMA, determina que la discapacidad de la columna lumbar representa un deterioro del 12 por ciento en la persona en su totalidad (basado en un ROM reducido y hallazgos neurológicos leves compatibles con irritación nerviosa).

Ajuste ocupacional: El trabajador está clasificado en la categoría ocupacional I (trabajo físico más pesado). La tabla PDRS para un IPP del 12 por ciento y la categoría ocupacional I muestra una calificación ajustada del 14 por ciento.

Ajuste por edad: A los 45 años, el trabajador supera la edad base de 39 años. La tabla de ajuste por edad para los 45 años reduce la calificación en aproximadamente un 5 por ciento, lo que la deja en un 13 por ciento (redondeado).

Distribución: La evidencia médica de la compañía de seguros muestra que el trabajador tiene una enfermedad degenerativa discal leve no relacionada con la lesión laboral. El médico evaluador calificado (QME) asigna el 10 por ciento de la discapacidad a la degeneración no laboral. La parte correspondiente a la lesión laboral es el 90 por ciento del 13 por ciento = 11,7 por ciento, redondeado a 12 por ciento.

Factor de ajuste final: La calificación del 12 por ciento se multiplica por 1,4, lo que da como resultado una calificación final de discapacidad permanente del 16,8 por ciento, redondeada al 17 por ciento.

Cálculo de la indemnización: Según la normativa de California, una calificación de incapacidad permanente del 17 por ciento con un salario semanal promedio de 800 dólares se traduce en un número específico de semanas de prestaciones (determinado por fórmulas legales), con valores típicos que oscilan entre los 20.000 y los 35.000 dólares, dependiendo del salario exacto y la fecha de la lesión.

El papel de los evaluadores médicos: QME, AME y credibilidad del médico.

Evaluadores médicos cualificados (QME, por sus siglas en inglés)

Cuando surge una disputa con respecto a la calificación de discapacidad de un médico tratante, cualquiera de las partes puede solicitar una evaluación por parte de un Evaluador Médico Calificado (QME), un médico certificado por la División de Trabajadores de California.

Compensación para resolver disputas médicas.[10] Se selecciona un QME de un panel mantenido por DWC organizado por especialidad y ubicación geográfica. [10] El proceso de selección está diseñado para ser neutral: si las partes no pueden llegar a un acuerdo, la parte solicitante generalmente elige un QME de un panel de tres ofrecidos por DWC.[10]

Los QME tienen instrucciones de realizar evaluaciones exhaustivas que aborden todos los factores requeridos por las Guías PDRS y AMA, incluyendo el historial médico, el examen físico, la revisión de pruebas diagnósticas, la evaluación de limitaciones funcionales y el análisis de causalidad/atribución.[10] El informe del QME se convierte en evidencia central en cualquier procedimiento posterior ante el juez de compensación laboral o en negociaciones de acuerdo. [10]

Sin embargo, la selección de los evaluadores médicos cualificados (QME, por sus siglas en inglés) puede ser estratégicamente importante. Los abogados de los trabajadores lesionados suelen solicitar QME reconocidos por su análisis funcional exhaustivo y su consideración de las quejas subjetivas, mientras que los abogados de la defensa pueden solicitar QME que favorezcan la aplicación estricta de las Guías de la AMA. La credibilidad y la calidad del razonamiento del informe del QME influyen sustancialmente en el resultado del caso.

Evaluadores médicos acordados (AME, por sus siglas en inglés)

Si tanto el trabajador como la compañía de seguros están representados por un abogado, pueden acordar mutuamente un Evaluador Médico Acordado (AME) en lugar de proceder a través del proceso del panel QME.[10] Un AME debe ser acordado mutuamente y, una vez seleccionado, se convierte en el experto médico vinculante cuya opinión suele ser otorgada a los jueces con gran deferencia.[10]

Las opiniones de los AME se consideran generalmente más persuasivas que las de los QME porque reflejan el consenso entre ambas partes sobre el evaluador más apropiado para el caso.[10] Los casos complejos o de alto riesgo a menudo pasan a la evaluación de un AME cuando los abogados de ambas partes pueden identificar a un médico respetado con la experiencia pertinente.[10]

Requisitos y cualificaciones obligatorias

Los médicos que emiten calificaciones de Incapacidad Laboral (WPI, por sus siglas en inglés) en casos de compensación laboral en California deben estar autorizados para ejercer la medicina en California y deben haber recibido capacitación específica en la Quinta Edición de las Guías de la AMA o ser capaces de demostrar competencia en la aplicación de la metodología de dichas Guías. Para que la opinión de un médico sobre la WPI constituya "evidencia médica sustancial" —el umbral legal para su admisibilidad en los procedimientos de compensación laboral—, la opinión debe ajustarse a las Guías de la AMA, incluyendo su aplicación e interpretación en opiniones de apelación publicadas y decisiones en pleno.

Este requisito implica que los médicos no pueden simplemente emitir una opinión sobre una discapacidad basándose en un juicio clínico general; deben documentar que su calificación refleja la correcta aplicación de la metodología, las mediciones, las tablas y las estimaciones relacionadas con el diagnóstico que se indican en las Guías. Los informes médicos que no expliquen la base de las Guías de la AMA para una calificación, o que contradigan las Guías sin justificación alguna, pueden ser impugnados por carecer de evidencia médica sustancial.

Limitaciones y críticas a la aplicación estricta de las guías de la AMA: El marco de Almaraz-Guzmán

El problema: Las guías de la AMA subestiman las limitaciones funcionales.

A pesar del mandato legal de California de utilizar las Guías de la AMA, tanto los trabajadores lesionados como los tribunales han reconocido cada vez más que la aplicación mecánica o "estricta" de las Guías puede producir calificaciones de discapacidad que no reflejan de manera justa ni precisa las limitaciones funcionales reales y la discapacidad permanente de un trabajador lesionado.

[6] Las Guías fueron diseñadas por especialistas médicos para medir la discapacidad funcional en las actividades de la vida diaria; no fueron diseñadas para determinar la discapacidad apropiada para la compensación laboral ni para capturar el impacto total del dolor crónico, el trauma psicológico o los efectos sinérgicos de múltiples lesiones en la capacidad de ganancia.[6]

Las críticas comunes a la quinta edición de las Guías de la AMA incluyen:[6]

Subestimación del dolor subjetivo y los síndromes de dolor crónico: Las guías ofrecen mecanismos limitados para evaluar el dolor subjetivo en ausencia de hallazgos clínicos objetivos, como déficits neurológicos o anomalías en las imágenes diagnósticas. Sin embargo, el dolor crónico suele afectar profundamente la funcionalidad y la capacidad de generar ingresos. Los trabajadores con síndrome de dolor regional complejo (SDRC), fibromialgia o dolor lumbar crónico con imágenes normales pueden recibir calificaciones mínimas de WPI que no reflejan sus limitaciones reales.[6]

Integración limitada de las lesiones psicológicas y psiquiátricas: La restricción legal para la valoración de las lesiones psiquiátricas derivadas de lesiones físicas (excepto en casos catastróficos o en contextos de delitos violentos) implica que los trabajadores que sufren un trauma psicológico real a causa de sus lesiones (trastornos de ansiedad, depresión, estrés posttraumático) pueden no recibir ninguna indemnización por discapacidad debido a estas limitaciones funcionales reales.

Orientación insuficiente para afecciones no incluidas específicamente en la lista: Si bien las guías permiten, en teoría, la valoración por analogía de afecciones no incluidas en la lista, el procedimiento suele ser poco claro, lo que lleva a una subestimación de afecciones raras o novedosas, o de afecciones con manifestaciones principalmente subjetivas.

Escalas fijas que pueden no reflejar la variación individual: Las tablas y los porcentajes de las guías reflejan promedios poblacionales y pueden no tener en cuenta la variación individual significativa en cómo los mismos hallazgos objetivos se traducen en limitaciones funcionales.

La solución legal: Decisiones en Banc de Almaraz y Guzmán

Ante la creciente evidencia de que la aplicación estricta de las Guías de la AMA podría generar calificaciones injustas, la Junta de Apelaciones de Compensación para Trabajadores de California emitió decisiones en pleno en los casos *Almaraz v. WCAB* y *Guzman v. WCAB* que cambiaron fundamentalmente el panorama legal.

La WCAB sostuvo que el baremo de calificación de discapacidad permanente, incluida la parte de las Guías de la AMA, no es vinculante de manera concluyente, sino que constituye evidencia prima facie que puede ser refutada. Esto significa que, si bien las calificaciones de las Guías de la AMA se presumen correctas, una parte (normalmente el trabajador lesionado) puede refutarlas presentando evidencia que demuestre que la aplicación de una metodología específica de las Guías de la AMA daría como resultado una

Indemnización por discapacidad permanente que sea "inequitativa, desproporcionada y que no constituya una medida justa y precisa de la discapacidad permanente del empleado".

La conclusión principal establece que un método para refutar con éxito una calificación de discapacidad según las Guías de la AMA consiste en demostrar que la metodología seleccionada por el médico evaluador, si bien técnicamente se encuentra dentro del alcance de las Guías, no proporciona la medida más precisa de la discapacidad real del trabajador lesionado. El médico puede seleccionar métodos o tablas alternativos dentro de las Guías de la AMA —siempre dentro de los límites establecidos en las mismas— que reflejen con mayor precisión las limitaciones funcionales del trabajador.

Es importante destacar que la WCAB enfatizó que un médico no puede apartarse por completo de las Guías de la AMA para obtener el resultado deseado; la refutación debe basarse en las metodologías de las Guías, pero el médico debe explicar detalladamente por qué un método alternativo refleja con mayor precisión la discapacidad del trabajador. Como señalaron los tribunales, esto respeta la intención del poder legislativo al adoptar las Guías, al tiempo que reconoce que estas contienen flexibilidad y múltiples metodologías diseñadas precisamente para abordar la variedad e imprevisibilidad de las afecciones médicas.

Aplicación práctica: Cómo funciona la refutación Almaraz-Guzmán

Según Almaraz-Guzman, si un médico tratante o un evaluador médico calificado (QME) califica la discapacidad de la columna lumbar de un trabajador utilizando el método DRE y asigna un WPI del 10 %, pero otro médico argumenta que el método ROM, también autorizado por las Guías de la AMA, reflejaría con mayor precisión la pérdida de rango de movimiento del trabajador y daría como resultado un WPI del 15 %, el segundo médico puede presentar esta opinión como una calificación de refutación. El juez de compensación laboral evaluará entonces qué metodología fue más apropiada y precisa desde el punto de vista clínico para la condición específica de ese trabajador.

Este marco de referencia ha demostrado ser particularmente importante en casos de dolor crónico, donde la categorización estricta de la evaluación del dolor puede subestimar el impacto funcional del dolor que limita las actividades de la vida diaria, incluso sin hallazgos neurológicos significativos. Un médico puede argumentar que una metodología de calificación basada en el dolor, según las Guías (como la Tabla 13-22 para el dolor crónico en afecciones de las extremidades superiores), refleja con mayor precisión la discapacidad del trabajador lesionado que una calificación estándar de evaluación del dolor que podría asignar un porcentaje menor basándose únicamente en la categorización diagnóstica.

Combinación de deficiencias: la tabla de valores combinados y la refutación de Kite

Una controversia relacionada involucra la Tabla de Valores Combinados (CVC), que reduce matemáticamente la combinación de múltiples deficiencias para evitar la acumulación.[5] El estatuto y el Anexo presumen que la CVC es apropiada para la mayoría de los casos; sin embargo, las decisiones de apelación de California (en particular Athens v. WCAB (Kite) y la reciente decisión en pleno de Vigil v. County of Kern) han reconocido que la CVC también puede ser refutada en circunstancias específicas.

La decisión del Vigil en banc formalizó dos métodos aprobados para refutar la solicitud de CVC: Primero, demostrar que no hay superposición entre los efectos en las ADL entre las partes del cuerpo evaluadas, lo que significa que las deficiencias en dos o más sistemas corporales afectan dominios funcionales completamente diferentes sin interacción.

En segundo lugar, se demuestra que, si bien existe superposición, esta "aumenta o amplifica" el impacto en las actividades de la vida diaria (AVD) superpuestas, de modo que el efecto combinado es mayor que el esperado con una simple reducción de la superposición. Este segundo enfoque reconoce el concepto de "efecto sinérgico", donde dos deficiencias, en conjunto, generan una mayor pérdida funcional que cualquiera de ellas por separado.

Sin embargo, la WCAB hizo hincapié en que estas refutaciones requieren evidencia médica sustancial: un análisis detallado por parte del médico sobre cómo cada discapacidad afecta las actividades de la vida diaria (AVD) específicas, una explicación de por qué no existe superposición o esta es mayor, y un razonamiento respaldado por el historial clínico. Las afirmaciones genéricas y concluyentes que afirman que "deberían agregarse discapacidades" sin un análisis detallado de las AVD no superan un examen riguroso.

Reparto, Degeneración y Disputas Comunes

Reparto de las afecciones degenerativas preexistentes

Una de las fuentes más frecuentes de controversia radica en la atribución de la incapacidad permanente a afecciones degenerativas preexistentes, especialmente en la columna vertebral. Los abogados defensores suelen argumentar que los hallazgos de la resonancia magnética que muestran enfermedad degenerativa discal, artropatía facetaria o espondilosis deben considerarse causas no laborales, lo que reduce la calificación final de incapacidad del trabajador.

La ley de California aborda esta cuestión mediante una opinión médica fundamentada: un médico solo puede atribuir la discapacidad a una degeneración preexistente si explica el mecanismo funcional específico por el cual dicha degeneración contribuye a la discapacidad actual. Los tribunales han rechazado la atribución basada únicamente en la presencia de hallazgos en imágenes. Un trabajador puede presentar cambios degenerativos asintomáticos visibles en una resonancia magnética que nunca contribuyeron a la limitación funcional antes de la lesión y que tampoco contribuyen a ella después; tales hallazgos no pueden atribuirse.

Por el contrario, en los casos en que un trabajador tenga restricciones laborales previas, haya recibido prestaciones por discapacidad o haya recibido tratamiento médico para una afección específica (como una cirugía de espalda previa), la evidencia del impacto funcional previo refuerza los argumentos de reparto.

Principio de Hikida: El tratamiento médico no es proporcional.

Existe una limitación importante: según la doctrina Hikida, la discapacidad resultante de un tratamiento médico laboral, incluidas las cirugías fallidas o sus complicaciones, no puede atribuirse a causas no laborales.

Si un trabajador se somete a una fusión lumbar industrial que fracasa o causa complicaciones que resultan en una discapacidad adicional, esa discapacidad relacionada con el tratamiento sigue atribuyéndose completamente a la lesión laboral y no puede reducirse mediante la prorrateo.

Este principio refleja la política de que los trabajadores no deben ser penalizados mediante la reducción de sus prestaciones cuando el tratamiento médico necesario a causa de su lesión laboral produce resultados subóptimos.

Implementación específica en California y contexto de San Francisco

Referencia del Tribunal de Inmigración de San Francisco (Corrección)

La sección de personalización de esta plantilla de investigación hace referencia al Tribunal de Inmigración de San Francisco y a los procedimientos de la ley de inmigración. Sin embargo, la consulta del usuario y todos los resultados de la búsqueda se refieren a la ley de compensación laboral y a las Guías de la AMA, no a asuntos de inmigración. Esta sección aborda la implementación de la compensación laboral en California, específicamente en el norte del estado, cuando corresponde.

Implementación del PDRS por la División de Compensación Laboral

El Departamento de Relaciones Industriales de California, División de Compensación para Trabajadores (DWC), mantiene tablas, cronogramas y documentos de orientación oficiales del PDRS. El sitio web de la DWC (www.dir.ca.gov/dwc) ofrece los documentos oficiales del cronograma de calificación, preguntas frecuentes para profesionales e información para trabajadores lesionados.

Cuando surgen disputas sobre el cálculo de la incapacidad permanente, los trabajadores lesionados o los empleadores pueden solicitar calificaciones resumidas (para trabajadores no representados), calificaciones consultivas (para trabajadores que han presentado solicitudes de adjudicación) o calificaciones formales emitidas por un juez de compensación laboral después de una audiencia. La DWC cuenta con evaluadores de incapacidad que realizan estos cálculos con base en evidencia médica y tablas de calificación.

Requisitos de informes médico-legales

Los informes médicos que establecen una discapacidad permanente deben cumplir con el Título 8, Sección 10606 del Reglamento de California, que especifica los requisitos de formato y contenido para los informes médico-legales completos.[10] Un informe completo debe incluir un historial médico detallado, todos los resultados de las pruebas diagnósticas relevantes, los hallazgos del examen físico, las limitaciones funcionales documentadas a través de pruebas de rango de movimiento y fuerza, el diagnóstico clínico, la discusión de la causalidad, el análisis de distribución y la calificación del WPI con una explicación completa de cómo se calculó la calificación.[10]

Los informes que no aborden estos elementos obligatorios pueden ser impugnados por considerarse informes médico-legales incompletos o inadecuados, lo que puede llevar al juez a ordenar informes complementarios o a aceptar pruebas médicas alternativas.

Consideraciones para los profesionales del norte de California

En la práctica de compensación laboral del norte de California, varias consideraciones afectan el proceso de calificación de PD[1][6]
[10]

En primer lugar, las aseguradoras y los empleadores autoasegurados de San Francisco y el Área de la Bahía varían en sus enfoques respecto a la asignación de costos y la selección de evaluadores médicos. Algunas aseguradoras adoptan posturas más estrictas en cuanto a la asignación, mientras que otras son más colaborativas. El conocimiento de las prácticas específicas de las aseguradoras y los abogados defensores puede orientar la estrategia.

En segundo lugar, la disponibilidad de evaluadores médicos calificados (QME) y evaluadores médicos asistidos (AME) calificados en el Área de la Bahía es relativamente buena, con acceso a médicos con experiencia en evaluaciones funcionales detalladas y familiarizados con los principios de refutación de Almaraz-Guzman. Los abogados suelen negociar la contratación de AME con experiencia específica en casos complejos.

En tercer lugar, muchos jueces de compensación laboral del norte de California tienen experiencia en la aplicación de los principios de las Guías de la AMA y el marco de refutación de Almaraz-Guzman, lo que significa que los argumentos sobre la aplicación inadecuada de las Guías de la AMA se toman en serio cuando están respaldados por evidencia médica competente.

En cuarto lugar, la interacción entre la legislación penal estatal de California y la compensación laboral puede afectar las prestaciones por discapacidad. Por ejemplo, el artículo 1473.7 del Código Penal permite a los trabajadores impugnar condenas penales previas por sus consecuencias migratorias; si bien esto aborda cuestiones de inmigración, algunos casos de compensación laboral involucran conductas delictivas relacionadas con lesiones (cargos por agresión si un trabajador se volvió violento debido a una lesión cerebral traumática, etc.), lo que hace que esta intersección sea relevante en ocasiones.

Evaluaciones de la capacidad funcional y su papel en la calificación de la discapacidad.

Propósito y componentes de los FCE

Una Evaluación de Capacidad Funcional (ECF) es una serie estandarizada y objetiva de pruebas físicas y cognitivas realizadas por un fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o médico para medir las capacidades físicas actuales, las limitaciones y la capacidad laboral segura de un trabajador lesionado. Las ECF suelen incluir la revisión del historial médico, tareas estandarizadas de levantar, transportar, empujar y tirar con pesos y repeticiones medidos, comprobaciones de validez y esfuerzo, simulaciones específicas del puesto y un informe escrito con las limitaciones funcionales y una clasificación del nivel funcional.

Las evaluaciones de capacidad funcional (ECF) suelen programarse cerca de la fecha de máxima mejoría médica, antes de tomar decisiones sobre el regreso al trabajo, cuando existen discrepancias sobre la capacidad o cuando se consideran limitaciones y discapacidades permanentes. Los resultados documentan el desempeño objetivo en tareas estandarizadas, proporcionando datos que los médicos utilizan al asignar porcentajes de discapacidad permanente según las Guías de la AMA.

Cómo influyen los resultados de la FCE en las calificaciones de discapacidad

Los datos de la Evaluación de Capacidad Funcional (ECF) proporcionan mediciones objetivas de la capacidad funcional que los médicos pueden utilizar para determinar las calificaciones de Incapacidad Laboral (ILF), especialmente en contextos donde las Guías de la AMA hacen referencia a limitaciones funcionales o pérdida de fuerza. Por ejemplo, si una ECF documenta que un trabajador solo puede levantar 15 libras en comparación con su capacidad previa a la lesión de 50 libras, un médico puede utilizar esta pérdida del 70 % de la capacidad de levantamiento para justificar una calificación de incapacidad por lesión en las extremidades inferiores o la columna vertebral.

Sin embargo, los resultados de la evaluación funcional de la capacidad (EFC) no determinan automáticamente el grado de discapacidad; el médico evaluador debe interpretar cómo se traducen los hallazgos de la EFC en porcentajes de discapacidad según las Guías de la AMA. Además, los hallazgos de la EFC deben considerarse junto con los del examen clínico, las imágenes diagnósticas y el diagnóstico médico. Un trabajador puede presentar una capacidad de levantamiento limitada en la EFC debido a la inhibición por dolor o al desacondicionamiento físico, lo cual el médico debe conciliar con los hallazgos clínicos objetivos antes de asignar una calificación.

Problemas de validez y credibilidad de las evaluaciones de campo

Una limitación importante de las pruebas de capacidad funcional (PCF) es la validez de las mismas, especialmente en lo que respecta a si el trabajador se esforzó al máximo o si se vio influenciado por el dolor, el miedo o factores de motivación. Las PCF incluyen indicadores de validez como inconsistencias en las mediciones de la fuerza de agarre, falta de consistencia entre las diferentes ocasiones de la prueba o la imposibilidad de completar las tareas a pesar de la evidencia de una capacidad física adecuada.

Los tribunales y las aseguradoras dan importancia a los resultados de la evaluación funcional del desempeño (EFD) que demuestran un esfuerzo adecuado y fiabilidad, pero los resultados que sugieren un esfuerzo subóptimo o una exageración de los síntomas son cuestionados y pueden reducir la credibilidad del resultado general de la EFD y de cualquier calificación de discapacidad basada en ella. Además, las EFD realizadas en condiciones desfavorables (fatiga por citas previas, efectos de la medicación, exacerbación de los síntomas relacionada con el clima) pueden no reflejar la verdadera capacidad del trabajador.

Prestaciones por incapacidad permanente, acuerdos y cálculo de indemnizaciones

Tipos de prestaciones por incapacidad permanente

Los trabajadores con incapacidad parcial permanente (IPP), con calificaciones entre el 1 y el 99 por ciento, reciben beneficios calculados en función de su porcentaje de incapacidad, salarios semanales y fórmulas legales.[1] La mayoría de los trabajadores lesionados reciben calificaciones de IPP entre el 5 y el 30 por ciento (para trabajadores lesionados antes de 2005) o porcentajes ligeramente más altos según las fórmulas posteriores a 2013.

Las calificaciones de Incapacidad Total Permanente (ITP) del 100 por ciento son raras, pero dan derecho a los trabajadores a un reemplazo salarial de por vida y atención médica continua.[1][6] Como se señaló anteriormente, la Sección 4662 del Código Laboral establece presunciones concluyentes de que ciertas condiciones catastróficas (ceguera total, pérdida de ambas manos o pies, parálisis de ambas piernas, etc.) constituyen una ITP del 100 por ciento.[1][6]

Para los trabajadores con incapacidad permanente parcial (IPP), los beneficios generalmente se pagan en cuotas quincenales durante un período fijo determinado por fórmulas legales basadas en el porcentaje de IPP y el salario semanal.[1] Sin embargo, los trabajadores pueden optar por resolver sus casos de dos maneras: acuerdos de compromiso y liberación (C&R), que proporcionan un acuerdo de suma global que cubre todos los beneficios futuros por IPP y la atención médica futura; o acuerdos estipulados con pago continuo, que permiten a los trabajadores recibir beneficios periódicos mientras mantienen el acceso a la atención médica futura.[1][7]

Prestaciones complementarias por desplazamiento laboral (SJDB, por sus siglas en inglés)

Los trabajadores con discapacidad parcial permanente que no pueden regresar a su puesto de trabajo anterior debido a restricciones médicas pueden ser elegibles para el Subsidio Complementario por Reemplazo Laboral (SJDB, por sus siglas en inglés), un bono de \$6,000 que cubre los gastos de capacitación laboral, las tarifas de licencias profesionales, la orientación vocacional y los servicios de búsqueda de empleo. Para ser elegible para el SJDB, el empleador no puede ofrecer un trabajo regular, modificado o alternativo que pague al menos el 85 por ciento del salario anterior a la lesión.

El vale del SJDB tiene una validez de dos años a partir de su recepción o de cinco años a partir de la fecha de la lesión, lo que ocurra más tarde, y representa una importante prestación transitoria para los trabajadores que no pueden desempeñar físicamente sus ocupaciones originales.

Valores de liquidación y valoración de casos

Los valores de las indemnizaciones en los casos de compensación laboral en California están determinados principalmente por la calificación de discapacidad permanente, el salario semanal promedio del trabajador en el momento de la lesión, el alcance de las necesidades médicas futuras y la edad y capacidad laboral restante del trabajador.

[1] Los valores promedio de las indemnizaciones varían según la parte del cuerpo lesionada:

Las indemnizaciones por lesiones en la columna vertebral o el sistema nervioso central suelen oscilar entre los 50.000 y los 150.000 dólares para las lesiones moderadas, con valores más altos para las discapacidades graves.

Las lesiones de rodilla cuestan en promedio unos 25.000 dólares, lo que refleja que las discapacidades de rodilla, si bien son funcionalmente significativas, a menudo dan lugar a porcentajes moderados de discapacidad permanente.

Las lesiones de cuello, brazo y espalda baja suelen costar entre 35.000 y 60.000 dólares.

Las lesiones en múltiples partes del cuerpo pueden costar, en promedio, alrededor de 63.000 dólares o más.

Las indemnizaciones por lesiones de cadera, muslo y pelvis suelen rondar los 60.000 dólares.

Estos son promedios generales; los valores de acuerdo reales dependen de la calificación PD específica, los salarios semanales, la calidad de la evidencia médica futura y el grado en que el caso involucre problemas complejos de asignación o refutación Almaraz-Guzman.[1]

Orientación práctica para trabajadores lesionados y consideraciones estratégicas

Obtener una calificación inicial precisa

El paso más importante para obtener una compensación justa por incapacidad permanente es garantizar que la calificación inicial del WPI refleje con precisión las limitaciones funcionales del trabajador lesionado. Para lograr esto:

Elija al médico tratante adecuado: Un médico tratante que entienda la quinta edición de las Guías de la AMA y se tome el tiempo para documentar detalladamente las limitaciones funcionales: mediciones del rango de movimiento, pruebas de fuerza,

Los resultados del examen sensorial y las limitaciones específicas en las actividades de la vida diaria (AVD) constituirán la base para una calificación defendible.

Historial funcional detallado: Los trabajadores deben comunicar claramente a sus médicos cómo sus lesiones afectan sus actividades diarias: dificultad para dormir, limitaciones para levantar o cargar objetos, problemas de equilibrio, dificultad para concentrarse, dolor al estar sentados o de pie durante períodos prolongados y restricciones en sus aficiones o actividades familiares. Estos detalles funcionales deben constar en el historial médico.

Evaluación diagnóstica completa: Asegurarse de que se hayan realizado todas las pruebas de imagen, análisis de laboratorio y consultas con especialistas pertinentes antes de la declaración de P&S evita disputas posteriores sobre si se realizó una evaluación médica adecuada.

Preparación para la evaluación médica calificada (QME) o médica evaluada (AME): Si surge una disputa médica, los trabajadores deben prepararse minuciosamente para las evaluaciones QME o AME presentando todos sus expedientes médicos previos, siendo honestos sobre sus síntomas y limitaciones, y evitando tanto la exageración como la minimización de sus quejas. La coherencia entre lo que el trabajador informa al médico y lo que consta en los registros de tratamiento es fundamental para la credibilidad.

Calificaciones inadecuadas y desafiantes

Si la calificación de discapacidad permanente parece insuficiente, los trabajadores tienen varias opciones:

Solicitar explicación detallada: Pida una explicación completa por escrito de cómo el médico calculó el WPI, qué metodología de las Guías de la AMA se utilizó, cómo se aplicó cada factor de ajuste y el razonamiento de cualquier determinación de prorrateo. Los informes vagos o concluyentes suelen contener errores o decisiones insuficientemente justificadas.

Obtenga una segunda opinión médica: Antes de iniciar una disputa formal mediante una solicitud al panel de QME o un litigio, obtenga una evaluación integral por parte de un médico independiente que pueda determinar si una metodología alternativa de las Guías de la AMA podría producir una calificación más precisa.

Solicite una evaluación médica calificada (QME) o una evaluación médica evaluada (AME): Si existe una disputa formal, solicite una evaluación por parte de un panel QME (para trabajadores sin representación legal) o negocie una evaluación AME (si cuenta con representación legal). Una segunda opinión médica que aborde deficiencias específicas en la calificación inicial suele resultar en una mejora de la calificación.

Conserve los argumentos de Almaraz-Guzman: Incluso si los esfuerzos iniciales para obtener calificaciones más altas fracasan, conserve los argumentos de que la metodología de las Guías de la AMA seleccionada no refleja con precisión la discapacidad del trabajador, aportando evidencia médica detallada que justifique por qué una metodología alternativa dentro de las Guías produciría resultados más precisos. Estos argumentos son contundentes en apelación si se deniegan las reclamaciones iniciales.

Cómo abordar las disputas sobre la distribución de escaños

Cuando las compañías de seguros argumentan a favor de la asignación de la discapacidad a causas no laborales:

Impugne la asignación de costos sin fundamento: Si el informe médico o del evaluador calificado no explica específicamente cómo las afecciones preexistentes contribuyeron a las limitaciones funcionales actuales, impugne la asignación por carecer de fundamento. Las compañías de seguros a menudo no cumplen con su obligación de probar este aspecto.

Resaltar la función previa a la lesión: Presentar evidencia de la capacidad funcional del trabajador antes de la lesión: asistencia y desempeño laboral previos, ausencia de tratamiento médico o restricciones previas, declaraciones de que el trabajador podía desempeñar sus funciones sin limitaciones. Esta evidencia debilita los argumentos de prorrateo.

Abordar la causalidad por separado de la atribución: Recordar a los médicos y jueces que el diagnóstico de degeneración preexistente no implica automáticamente que contribuya a la limitación funcional. El médico debe explicar el mecanismo funcional específico.

Novedades legales actuales y consideraciones futuras

Guías AMA, sexta edición y transición

La AMA está actualmente en transición de las Guías a una plataforma digital y publicando actualizaciones de la Sexta Edición de las Guías de la AMA, con capítulos que abordan el sistema pulmonar, oído/nariz/garganta, extremidad superior, extremidad inferior, columna vertebral y pelvis, y el sistema nervioso publicados o próximos a publicarse a principios de 2025. Sin embargo,

El mandato legal de California sigue haciendo referencia a la Quinta Edición, y se requerirían cambios regulatorios para adoptar una edición más reciente.[9]

Esto plantea un posible problema futuro: si la Sexta Edición se adopta finalmente en California, las calificaciones de discapacidad podrían cambiar para afecciones evaluadas previamente bajo la Quinta Edición. Los trabajadores y profesionales deben estar atentos a los cambios normativos propuestos que exijan la adopción de ediciones más recientes.

Desarrollo de apelaciones en curso

El caso Almaraz-Guzman y los precedentes posteriores siguen evolucionando a través de las decisiones de apelación. Casos recientes han aclarado aún más los límites de la refutación admisible, la idoneidad del análisis de las actividades de la vida diaria (AVD) para respaldar calificaciones alternativas y la importancia que se le otorga al juicio clínico frente a la metodología estricta de las Guías de la AMA. Los profesionales deben estar atentos a las decisiones del WCAB en pleno y a las opiniones de apelación publicadas para conocer los principios emergentes que afectan las disputas sobre calificaciones.

Propuestas legislativas

Periódicamente, surgen propuestas legislativas que abordan cuestiones relacionadas con la calificación de la discapacidad intelectual, como propuestas para aumentar los factores de ajuste, ampliar la cobertura por lesiones psiquiátricas o modificar las reglas de prorrateo. A febrero de 2026, no existía ninguna legislación importante pendiente que abordara la metodología de las Guías de la AMA, pero el ámbito sigue sujeto a cambios legislativos.

Conclusión

Las Guías de la AMA para la Evaluación de la Incapacidad Permanente, Quinta Edición, representan la base del sistema de California para determinar los beneficios por incapacidad permanente para los trabajadores lesionados.[1][6][8][9] Desde su adopción obligatoria en 2005, las Guías han proporcionado coherencia y objetividad a la calificación de la incapacidad, al tiempo que han generado críticas significativas por subestimar el dolor subjetivo, el trauma psicológico y las limitaciones funcionales que no se traducen fácilmente en la metodología estructurada de las Guías.[6]

Para los trabajadores lesionados que navegan por el sistema de compensación laboral de California, comprender el marco de las Guías de la AMA es esencial. El proceso comienza con una calificación precisa del WPI basada en una evaluación médica integral y documentación detallada de las limitaciones funcionales en todas las actividades relevantes de la vida diaria.[1][7] Luego, el WPI se convierte en un porcentaje final de discapacidad permanente mediante ajustes por ocupación, edad, prorrateo y factores de multiplicación legales.[1][5][8]

Sin embargo, los trabajadores lesionados también deben comprender que el baremo de calificación de incapacidad permanente —incluida la sección de las Guías de la AMA— no es vinculante de forma concluyente. Según Almaraz y Guzmán, las calificaciones pueden refutarse demostrando que una metodología alternativa de las Guías de la AMA reflejaría con mayor precisión la discapacidad real del trabajador, o que la aplicación de una metodología en particular produce resultados inequitativos, desproporcionados o inexactos. Este marco proporciona una importante salvaguarda contra los efectos más severos de la aplicación mecánica de las directrices médicas diseñadas para medir la discapacidad funcional, no la discapacidad para la compensación laboral.[6]

Para navegar con éxito el proceso de calificación de discapacidad permanente se requiere documentación médica detallada, selección cuidadosa de evaluadores médicos, uso estratégico de evaluaciones QME o AME cuando surgen disputas y voluntad de impugnar calificaciones inadecuadas a través de procesos de apelación cuando sea necesario.[1][6][10] Para los trabajadores con lesiones que afectan múltiples sistemas corporales, disputas de reparto o limitaciones funcionales principalmente subjetivas, la representación legal por parte de un abogado con experiencia en derecho de compensación laboral y familiarizado con la jurisprudencia actual es invaluable para garantizar que las calificaciones de discapacidad capturen con precisión el alcance total del impacto de la lesión y resulten en una compensación justa.[1][6]

La determinación de la calificación de discapacidad permanente no es un cálculo administrativo rutinario, sino un proceso médico y legal complejo con profundas implicaciones para la seguridad financiera de los trabajadores lesionados y su capacidad para recapacitarse o adaptarse a restricciones laborales permanentes. Comprender cómo se aplican las Guías de la AMA, qué constituye un análisis de discapacidad adecuado y cómo identificar y impugnar calificaciones erróneas permite a los trabajadores defenderse eficazmente o trabajar con un abogado para obtener la compensación que merecen.[1][6][10]

Referencias

[1] Calificaciones de Incapacidad Permanente (PDR) en la Compensación Laboral de California: Cómo Funcionan yCuál Es Su Valor (<https://employeesfirstlaborlaw.com/permanent-disability-ratings-in-california-workers-comp-how-they-work-and-what-theyre-worth/>) (Employees First Labor Law)

[2] Incapacidad total de la persona (WPI): calculadora y guía de compensación (<https://lawpartners.com.au/blog/whole-person-impairment-compensation-calculator-and-guide/>) (Law Partners Australia)

[3] Tabla para la calificación de discapacidades permanentes (PDRS de 1997) (<https://www.dir.ca.gov/dwc/pdr1997.pdf>) (Departamento de Relaciones Industriales de California, División de Indemnización Laboral)

[4] Desarrollo para la discapacidad - Departamento de Trabajo de EE. UU. (https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/owcp/energy/regs/compliance/public_reading_room/deeoic_training/developing_for_impairment_august_2024.pdf) (Programa de Compensación por Enfermedades Ocupacionales para Empleados del Departamento de Energía)

[5] Tabla para la calificación de discapacidades permanentes (PDRS 2005) (<https://www.dir.ca.gov/dwc/pdr.pdf>) (Departamento de Relaciones Industriales de California, División de Compensación para Trabajadores)

[6] Las guías de la AMA y su papel en los casos de compensación laboral en California (<https://www.invictuslawpc.com/resources/ama-guides-in-workers-compensation/>) (Invictus Law PC)

[7] Incapacidad total de la persona (WPI) Compensación laboral de California (2025) (<https://employeesfirstlaborlaw.com/whole-person-impairment-wpi-california-workers-comp-2025/>) (Ley Laboral de Prioridad a los Empleados)

[8] Tabla de calificación de discapacidad permanente (PDRS) - Compensación laboral (<https://employeesfirstlaborlaw.com/permanent-disability-rating-schedule-pdrs-workers-comp/>) (Employees First Labor Law)

[9] Título 8 del Código de Reglamentos de California, Sección 9805 - Tabla para la calificación de discapacidades permanentes, Adopción (<https://www.dir.ca.gov/t8/9805.html>) (Código de Reglamentos de California)

[10] QME vs. AME en la compensación laboral de California: ¿Cuál es la diferencia? (<https://employeesfirstlaborlaw.com/qme-vs-ame-in-california-workers-comp-whats-the-difference/>) (Ley Laboral de Prioridad a los Empleados)

Filosofía, propósito y uso apropiado de las guías (https://coa.org/docs/courses/2%20AMACchapter1&2_7pm.pdf) (Asociación Ortopédica de California - Capacitación sobre las guías de la AMA)

Las 7 mejores estrategias para gestionar los factores de prorratio en su reclamación de indemnización laboral en California (<https://cwilc.com/top-7-best-strategies-for-managing-apportionment-factors-in-your-california-workers-comp-claim/>) (California Work Injury Law Center)

DWC - Me lesioné en el trabajo - Prestaciones por incapacidad permanente (<https://www.dir.ca.gov/dwc/permanentdisability.htm>) (División de Compensación para Trabajadores de California)

Guía para trabajadores lesionados (Capítulo 7. Prestaciones por incapacidad permanente) (<https://www.dir.ca.gov/injuredworkerguidebook/chapter7.pdf>) (División de Trabajadores de California) Compensación)

Incapacidad Permanente y Estacionaria (P&S) frente a Máxima Mejora Médica (MMI) (<https://employeesfirstlaborlaw.com/permanent-and-stationary-ps-vs-maximum-medical-improvement-mmi/>) (Ley Laboral de Prioridad a los Empleados)

Efecto negativo de las guías de la AMA en las calificaciones de discapacidad permanente (<https://www.geklaw.com/news/amaguides.html>) (Gordon, Edelstein, Krepack, Grant, Felton & Goldstein LLP)

Guías de la AMA, 5.ª edición - Asociación Ortopédica de California (<https://coa.org/docs/2010-Annual-Meeting/Saturday/Sat15StevenFeinbergMD.pdf>) (Asociación Ortopédica de California)

Decisión del Pleno de la Junta de Apelaciones de Indemnización Laboral - Almaraz y Guzmán (https://www.dir.ca.gov/wcab/EnBancdecisions2009/WCAB_EnBanc_AlmarazMGuzmanJ_Sep2009.pdf) (División de Compensación para Trabajadores de California, WCAB)

Guías de la AMA | Descripción general de la evaluación de la discapacidad permanente (<https://www.ama-assn.org/practice-management/ama-guides/ama-guides-evaluation-permanent-impairment-overview>) (Asociación Médica Estadounidense)

Utilizando los Cuatro Esquinas de las Guías de la AMA - Blackledge, Almaraz, Guzman (<https://coa.org/2016/presentations/qme/YoungApportionment1-BlackledgeEcobedoAlmaraGuzman.pdf>) (Asociación Ortopédica de California - Formación QME)

La WCAB emite un informe en pleno para refutar la tabla de valores combinados (<https://www.wcexec.com/flash-report/wcab-issues-en-banc-on-rebutting-combined-values-chart/>) (Workers' Compensation Executive)

Preguntas frecuentes de la DWC sobre el PDRS para profesionales (https://www.dir.ca.gov/dwc/faq/deu_faq.html) (División de Compensación para Trabajadores de California)

Decisión del pleno aclara las refutaciones del caso Kite (<https://bradfordbarthel.com/2024/06/13/en-banc-decision-clarifies-kite-rebuttals/>) (Bufete de abogados Bradford & Barthel)

Puntuación GAF: Guía de compensación laboral por lesiones psiquiátricas (<https://www.workinjuryhelp.com/gaf-score-meaning-what-you-need-to-know/>) (Ayuda para lesiones laborales)

Prestaciones complementarias por desplazamiento laboral en California (<https://www.personalinjurylawsandiego.com/workers-compensation/supplemental-job-displacement-benefits-sjdb/>) (Robert A. McLaughlin, APC)

Excepción limitada en la enmienda al estatuto del baremo de calificación de discapacidad permanente (<https://kmtg.com/news/legal-alerts/limited-exception-in-amendment-to-permanent-disability-rating-schedule-statute-retroactively-applies-to-workers-compensation-claim-by-applicant-injured-prior-to-schedules-effective-date/>) (KMTG LLP)

Valores de indemnización por lesiones corporales en California (desglose) (<https://scherandbassett.com/workers-comp-body-part-values-in-california-breakdown/>) (Scheran & Bassett)

Evaluación de la capacidad funcional en compensación laboral: qué es y cómo funciona (<https://visionarylawgroup.com/functional-capacity-evaluation-workers-comp/>) (Visionary Law Group)

Parte II - Requisitos de evidencia | Discapacidad | SSA (<https://www.ssa.gov/disability/professionals/greenbook/ce-evidence.htm>) (Administración del Seguro Social)

Revisión del Capítulo 16 de las Guías de la AMA: Evaluación de la fortaleza (<https://irstore.blob.core.windows.net/materials/2c0af749-ae04-4b46-a21a-e91a398c2253.pdf>) (Servicios de calificación de discapacidad)

Evaluaciones de capacidad funcional - Bufete de abogados de George Corson (<https://wcabdefense.com/blog/workers-comp/claim/functional-capacity-evaluations/>) (Bufete de abogados de George Corson)

Parte I - Información general | Discapacidad | SSA (<https://www.ssa.gov/disability/professionals/bluebook/general-info.htm>) (Administración del Seguro Social)

