

Proveedor de servicios médicos de compensación laboral de California
Redes: Marco legal, estándares de acceso y
Implementación práctica

(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.

SEGURO MÉDICO DE COMPENSACIÓN LABORAL DE CALIFORNIA

REDES DE PROVEEDORES: SUS DERECHOS Y ACCESO

ESTÁNDARES Y CÓMO OBTENER ATENCIÓN MÉDICA

Si sufre una lesión laboral en California, la compañía de seguros de su empleador podría exigirle que consulte con médicos de una lista aprobada llamada Red de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés). Este informe explica qué es una MPN, cómo encontrar un médico, qué tipos de lesiones están cubiertas y qué hacer si tiene problemas para recibir atención médica. Comprender estas normas le ayudará a proteger su salud y sus derechos como trabajador lesionado.

Parte 1: ¿Qué es una red de proveedores médicos?

Definición de un MPN

Una Red de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés) es un grupo de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica establecidos por la compañía de seguros de compensación laboral de su empleador (o por un empleador autoasegurado) y aprobados por el estado de California. El propósito de una MPN es brindar tratamiento médico a los trabajadores que se lesionan en el trabajo. La División de Compensación Laboral de California (DWC, por sus siglas en inglés) define una MPN como "una entidad o grupo de proveedores de atención médica establecidos por una aseguradora o un empleador autoasegurado y aprobados por el director administrativo de la DWC para tratar a los trabajadores lesionados en el trabajo" (DWC, Redes de Proveedores Médicos (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwcmprmain.html>)).

Cómo te afectan las MPN

Una vez que su empleador establezca una Red Médica Protegida (MPN, por sus siglas en inglés) aprobada, usted deberá recibir atención médica por lesiones laborales de médicos dentro de esa red. No puede optar por abandonar la MPN simplemente porque prefiera un médico diferente. La Comisión para la Compensación de Trabajadores de California (DWC, por sus siglas en inglés) establece que "toda la atención médica para los trabajadores lesionados en el trabajo cuyo empleador tenga una MPN aprobada se gestionará y proporcionará a través de la MPN", con algunas excepciones (DWC, Atención Médica para Trabajadores Lesionados (<https://www.dir.ca.gov/dwc/medicalcare.htm>)).

Importante: Después de su primera visita, usted conserva el derecho a elegir entre los médicos de la red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés). La ley exige que recibas una lista de al menos tres médicos entre los que elegir.

¿Quién puede crear un MPN?

Las siguientes entidades pueden establecer un MPN según el Código Laboral de California § 4616 (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616):

- Compañías de seguros de compensación laboral
- Empleadores autoasegurados (empresas lo suficientemente grandes como para pagar las reclamaciones por sí mismas)
- El Estado de California
- El Fondo Estatal de Seguros de Compensación (Fondo Estatal)
- Autoridades de poderes conjuntos (grupos de organismos públicos)
- Empresas externas que prestan servicios de red de médicos

Proceso de aprobación de MPN

Cada MPN debe presentarse al Director Administrativo de DWC (el funcionario estatal que supervisa la compensación laboral) para su aprobación. El estado revisa la solicitud para asegurarse de que la MPN cuente con suficientes médicos y cumpla con los estándares requeridos. Si el Director Administrativo no se pronuncia sobre la solicitud en un plazo de 60 días, se aprueba automáticamente (Código Laboral de California § 4616(b) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)).

Las MPN aprobadas deben renovarse cada cuatro años (Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.15(b) (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9767.15>)).

Parte 2: Las normas legales que rigen las MPN

Leyes y reglamentos primarios

El sistema MPN fue creado por ley de California en 2003-2004. El estatuto principal es Cal. Lab. Code § 4616 (<https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codesdisplaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616>), que permite a las aseguradoras y a los empleadores establecer redes de proveedores médicos. Las reglas detalladas sobre cómo deben operar las MPN se encuentran en el Código de Reglamentos de California, específicamente Cal. Code Regs. tit. 8, §§ 9767.1–9767.19 (<https://www.dir.ca.gov/t8/97671.html>). Estas regulaciones se adoptaron por primera vez en 2004 y se han actualizado varias veces, con cambios importantes en 2014 y 2018 que añadieron nuevos requisitos para demostrar que hay médicos disponibles cerca de donde vive o trabaja.

Protecciones clave incorporadas en la ley

La ley incluye varias protecciones para los trabajadores lesionados:

- Requisito de composición del médico: Al menos el 25% de los médicos de MPN deben especializarse en enfermedades no ocupacionales. medicina (atención médica general), por lo que sus necesidades de salud generales se abordan junto con su lesión laboral (Código Laboral de California § 4616(a)(1) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)).
- Regla antidireccional: El pago a los médicos dentro de la MPN no puede establecerse para fomentar la reducción, el retraso o denegarle tratamiento médico (Código Laboral de California § 4616(c) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)).
- Requisito de autorización médica: Solo un médico con licencia que comprenda su condición médica puede aprobar, modificar, retrasar o denegar solicitudes de tratamiento (Código Laboral de California § 4616(f) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)).
- Adecuación específica del sector: La red de proveedores médicos (MPN) debe incluir suficientes médicos de los tipos adecuados para el tipo de trabajo. usted lo hace y el área donde trabaja (Código Laboral de California § 4616(a) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)).

Requisitos de geocodificación

Desde 2014, las MPN deben presentar resultados de geocodificación (mapas generados por computadora y cálculos de distancia), demostrando que sus médicos cumplen con los estándares de acceso en ubicaciones específicas, no solo en áreas generales. Este análisis debe basarse en su domicilio o lugar de trabajo real, no en el centro de un código postal (Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.15(b) (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9767.15>)).

Parte 3: Estándares de acceso: ¿Qué tan cerca deben estar los médicos?

Estándares para médicos de atención primaria

Esta sección explica qué tan cerca deben estar los médicos de MPN de su lugar de residencia o trabajo. Según el Código de Reglamentos de California, título 8, § 9767.5(a)(1) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html), su MPN debe tener:

- Al menos tres médicos de atención primaria disponibles a menos de 15 millas o 30 minutos de su domicilio o lugar de trabajo
- Un hospital para atención de emergencias a la misma distancia

La palabra "o" es importante: el MPN cumple con el estándar si satisface el requisito de distancia o el requisito de tiempo de viaje.

El médico tratante principal es el médico responsable del tratamiento de su lesión laboral. Este médico coordina su atención, solicita pruebas, lo remite a especialistas y redacta informes médicos sobre su estado.

Estándares para médicos especialistas

Para los especialistas (médicos que se especializan en un tipo específico de medicina, como los cirujanos ortopédicos para lesiones óseas), las normas permiten un área más amplia. Los especialistas deben estar disponibles a menos de 30 millas o 60 minutos de su domicilio o lugar de trabajo (Código de Reglamentos de California, título 8, § 9767.5(a)(2) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)). La red de proveedores médicos (MPN) debe contar con al menos tres especialistas en cada especialidad necesaria para las lesiones comunes en su tipo de trabajo.

En *Murillo v. Western National Group*, 2021 Cal. Wrk. Comp. PD LEXIS 165 (WCAB 2021), los trabajadores

La Junta de Apelaciones de Compensación aclaró que cuando usted elige ver a un especialista, se aplica el estándar de acceso a especialistas (30 millas/60 minutos), no el estándar más estricto de atención primaria (Sullivan on Comp, MPN Access Standards (<https://sullivanoncomp.com/blog/mpn-access-standards-if-an-employee-chooses-to-treat-with-a-specialist>)).

Requisitos de horario para las citas

El MPN también debe cumplir con las reglas de tiempo:

- Primera cita (no urgente): Debe estar disponible dentro de los 3 días hábiles posteriores a su solicitud.
Asistente de Acceso Médico de MPN (Código de Reglamentos de California, título 8, § 9767.5(f) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html))
- Cita con el especialista: Debe estar disponible dentro de los 20 días hábiles posteriores a su solicitud (Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.5(g) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html))

Importante: Si la MPN no puede programar una cita con un especialista dentro de los 10 días hábiles, usted tiene derecho a ver a un especialista fuera de la MPN a expensas de su empleador (Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.5(g) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)).

Zonas rurales y desatendidas

Si vive en una zona rural donde las instalaciones de atención médica están muy separadas, la MPN puede proponer estándares de acceso alternativos que permitan mayores distancias. La ley considera específicamente "las necesidades de las zonas rurales, específicamente aquellas en las que las instalaciones de salud están ubicadas al menos a 30 millas de distancia" (Cal. Lab. Code § 4616(a) (2) (<https://leginfo.ca.gov/faces/codesdisplaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616>); Cal. Código de Reglamentos, título 8, § 9767.5(b) (<https://www.dir.ca.gov/t8/97675.html>)).

Parte 4: Cómo encontrar y elegir a su médico

Asistente de Acceso Médico

El Asistente de Acceso Médico (MAA, por sus siglas en inglés) es la persona o el servicio con quien usted se comunica para encontrar médicos de MPN disponibles y programar citas. El MAA debe cumplir con estos requisitos según el Código de Reglamentos de California, título 8, § 9767.5(h) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html):

- Ubicado en los Estados Unidos
- Disponible de lunes a sábado, de 7:00 a 20:00 (hora del Pacífico).
- Puedo ayudarte en inglés y español.
- Mantiene registros separados del ajustador de reclamaciones (la persona que gestiona su compensación laboral).
afirmar)

Importante: El MAA es diferente del ajustador de siniestros. Aunque la misma empresa emplee a ambos, la función del MAA es específicamente ayudarle a encontrar médicos y programar citas.

Cómo elegir un médico

Cuando usted sufre una lesión por primera vez, el administrador de su reclamación (la compañía que gestiona su reclamación de compensación laboral) debe proporcionarle los nombres, direcciones y números de teléfono de al menos tres médicos tratantes principales disponibles para que usted elija (Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.6(a) (<https://www.dir.ca.gov/t8/97676.html>)). Después de su primera cita, puede cambiar de médico tratante principal dentro de la MPN en cualquier momento sin necesidad de autorización del administrador de reclamaciones (Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.6(e) (<https://www.dir.ca.gov/t8/97676.html>)).

Designación previa de su propio médico

Puedes evitar por completo el requisito del MPN si designas previamente a un médico personal antes de sufrir una lesión.

Según el Código Laboral de California § 4600(d) (<https://leginfo.ca.gov/faces/codesdisplaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4600>) y el Reglamento del Código Laboral de California, título 8, § 9783 (<https://www.dir.ca.gov/dwc/forms/dwcform9783.pdf>), puede designar a su médico habitual como su médico de compensación laboral si:

- Su médico es un médico general o está certificado por la junta en medicina familiar, medicina interna, obstetricia y ginecología, o pediatría
- Su médico le ha tratado anteriormente y dispone de su historial clínico.
- Usted tiene un seguro médico vigente a través de ese médico.
- Tanto usted como su médico deben firmar el formulario DWC 9783 (https://www.dir.ca.gov/dwc/forms/dwcform_9783.pdf) antes de que ocurra cualquier lesión.

Importante: La predesignación debe realizarse antes de sufrir una lesión. Si completa el formulario después de una lesión, no será válido para esa lesión.

Remisiones a especialistas

Cuando su médico de cabecera lo remite a un especialista, generalmente debe elegir uno dentro de la Red de Proveedores Médicos (MPN). Sin embargo, si la MPN no incluye el tipo de especialista que necesita, puede consultar a un especialista fuera de la red (Código de Reglamentos de California, título 8, § 9767.5(i) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)). El administrador de reclamaciones aún puede revisar si el tratamiento propuesto por el especialista es médicamente necesario, pero no puede denegar la remisión únicamente porque el especialista no pertenezca a la MPN.

Parte 5: Cobertura por lesiones físicas

Lesiones agudas en el lugar de trabajo

Esta sección explica qué tipos de lesiones están cubiertas por la MPN. La compensación laboral de California cubre cualquier lesión que surja de y ocurra en el curso del empleo (Código Laboral de California § 3600 (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=3600)).

Las lesiones agudas (repentinas) comunes que se manejan a través de las redes de proveedores médicos incluyen:

- Fracturas, luxaciones y desgarros de ligamentos
- Distensiones de espalda por levantar peso
- Cortes y laceraciones causados por equipos
- Lesiones por quemaduras
- Lesiones por aplastamiento

La atención de emergencia nunca está restringida a los proveedores de la Red de Proveedores Médicos (MPN). Si necesita tratamiento de emergencia, puede acudir a cualquier sala de emergencias, independientemente de si pertenece a la MPN o no. La MPN debe contar con una política escrita que permita la atención de emergencia por parte de proveedores que no pertenezcan a la MPN (Código de Reglamentos de California, título 8, § 9767.5(j) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)).

Traumatismos acumulativos y enfermedades profesionales

Las lesiones por trauma acumulativo se desarrollan con el tiempo debido a actividades laborales repetitivas; por ejemplo, el síndrome del túnel carpiano por teclear, el dolor de espalda por años de levantar objetos pesados o la tendinitis por movimientos repetitivos. Estas afecciones están cubiertas por la compensación laboral y se tratan a través de la Red Médica Profesional (MPN, por sus siglas en inglés) una vez que se aceptan como relacionadas con el trabajo. La MPN debe incluir especialistas en servicios de salud ocupacional que comprendan la relación entre las actividades laborales y estas afecciones (Código de Reglamentos de California, título 8, § 9767.5(a)(2) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)).

Servicios auxiliares

Además de las consultas médicas, las redes de proveedores médicos también deben brindar acceso a servicios complementarios, que incluyen:

- Fisioterapia y terapia ocupacional
- Pruebas de diagnóstico por imagen (rayos X, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas)
- Equipo médico duradero (aparatos ortopédicos, muletas, plantillas ortopédicas)
- Atención médica domiciliaria para trabajadores gravemente lesionados
- Pruebas de laboratorio

Si estos servicios no están disponibles en un plazo o distancia razonable, puede obtenerlos fuera de la MPN (Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.5(d) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)). Los servicios auxiliares representan aproximadamente el 30% de todos los costos médicos de compensación laboral (CorVel, Ancillary Care Solutions (<https://www.corvel.com/services/workers-compensation/ancillary-care-solutions/>)).

Parte 6: Cobertura para lesiones psicológicas y relacionadas con el estrés

Cuándo están cubiertas las lesiones por estrés

La ley de California reconoce que el trabajo puede causar lesiones psicológicas como ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT). Sin embargo, el estándar legal para probar una lesión laboral relacionada con el estrés es más alto que para las lesiones físicas. Según el Código Laboral de California § 3208.3

(https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=3208.3), debe probar:

- Mediante pruebas claras y convincentes de que su condición psicológica fue causada por el estrés laboral.
- Que su empleo fue la causa predominante (causa principal) de la lesión.

«Pruebas claras y convincentes» significa más que simplemente «es más probable que improbable»; implica que las pruebas deben ser sumamente persuasivas. «Causa predominante» significa que tu trabajo fue un factor más importante que todas las demás causas combinadas.

Entre los escenarios comunes en los que se reconocen las reclamaciones por daños psicológicos se incluyen:

- Personal de primera respuesta expuesto a eventos traumáticos
- Trabajadores sanitarios que se enfrentan a traumatismos repetidos por parte de los pacientes
- Empleados sometidos a acoso o discriminación continuados
- Trabajadores que sufren una pérdida repentina de empleo o medidas laborales adversas importantes

Obtener tratamiento de salud mental a través de la MPN

Las redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) deben incluir psiquiatras (médicos especializados en salud mental que pueden recetar medicamentos) y psicólogos (médicos con doctorado o doctorado en psicología que brindan terapia y evaluación). El acceso al tratamiento de salud mental se realiza de la misma manera que el acceso al tratamiento por lesiones físicas: a través de la lista de proveedores de la MPN y el Asistente de Acceso Médico (DWC, Preguntas frecuentes sobre las MPN (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwcmpnfaq.html>)).

Se aplican los mismos estándares de acceso: su profesional de salud mental debe estar dentro de la distancia requerida y las citas deben estar disponibles dentro de los plazos establecidos. Si su lesión involucra componentes físicos y psicológicos (por ejemplo, dolor crónico que causa depresión), la red de profesionales médicos debe coordinar el tratamiento entre su médico de medicina física y su profesional de salud mental.

Importante: Para reclamaciones por lesiones psicológicas en disputa, puede ser necesario un Evaluador Médico Calificado (QME, por sus siglas en inglés), un médico certificado por el estado para proporcionar opiniones médicas independientes. Solo los médicos con licencia (MD o DO) pueden actuar como QME, aunque los psicólogos pueden proporcionar evaluaciones de apoyo (Cal. Lab. Code § 4061 (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4061)).

Parte 7: Tipos de proveedores médicos en una red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés)

Categorías de proveedores requeridas

Esta sección enumera los tipos de proveedores de atención médica que puede encontrar en una MPN. La ley exige que las MPN incluyan un "número y tipo adecuados de médicos" para las lesiones comunes en su industria (Código Laboral de California § 4616(a)(1) (<https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codesdisplaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616>)). Las MPN pueden incluir estos tipos de proveedores con licencia (DWC, Preguntas frecuentes sobre MPN (https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwcmpn_faq.html)):

- Médicos y cirujanos (MD o DO): brindan atención primaria y tratamiento quirúrgico.
- Psicólogos (Ph.D. o Psy.D.) — proporcionan terapia y evaluación psicológica (no pueden recetar la mayoría de los medicamentos)
- Quiroprácticos (DC): tratan afecciones musculoesqueléticas mediante ajustes y manipulación de la columna vertebral.
- Acupunturistas: tratan el dolor y otras afecciones mediante la terapia tradicional con agujas.
- Podólogos (DPM): tratan lesiones de pie y tobillo
- Optometristas (OD): tratan lesiones oculares
- Dentistas: tratan lesiones mandibulares y dentales derivadas de accidentes laborales.

Nota: Las MPN deben incluir quiroprácticos y acupunturistas si son "de uso común entre los empleados que reciben tratamiento" (DWC, Preguntas frecuentes sobre MPN (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwcmpnfaq.html>)).

Tipos comunes de especialistas

Dependiendo del sector al que prestan servicio, las MPN suelen incluir especialistas en:

- Cirugía ortopédica: lesiones de huesos, articulaciones y músculos
- Neurocirugía: lesiones de la médula espinal y del cerebro
- Control del dolor: tratamiento del dolor crónico, incluyendo inyecciones y bloqueos nerviosos.
- Medicina física y rehabilitación (fisiatría) — recuperación funcional
- Psiquiatría: trastornos de salud mental que requieren medicación.
- Medicina laboral: afecciones de salud relacionadas con el trabajo.

Guías de tratamiento

Todo tratamiento a través de la MPN debe seguir el Programa de Utilización de Tratamientos Médicos (MTUS), las directrices estatales basadas en la evidencia sobre qué tratamientos son apropiados para afecciones específicas. Cuando el MTUS no aborda una afección específica, los médicos siguen las directrices del Colegio Americano de Medicina Ocupacional (ACOM) (Código Laboral de California § 5307.27 (https://leginfo.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=5307.27); DWC, Atención Médica (<https://www.dir.ca.gov/dwc/medicalcare.htm>)). Estas directrices determinan qué atención se considera médicamente necesaria, es decir, apropiada, eficaz y necesaria para su afección.

Parte 8: Su derecho a una segunda y tercera opinión

Cuándo puedes solicitar una segunda opinión

Si no está de acuerdo con el diagnóstico de su médico tratante (lo que dice que le ocurre) o con el plan de tratamiento (cómo propone tratarle), tiene el derecho legal de consultar a otro médico dentro de la red de proveedores médicos para obtener una segunda opinión. Este derecho proviene del Código Laboral de California § 4616.3(c) (https://leginfo.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616.3).

No es necesario que explique en detalle por qué no está de acuerdo. En el caso *Williamson v. Claims Administrator (WCAB)*, la Junta dictaminó que no es necesario que usted presente una objeción específica a las recomendaciones de su médico para ejercer su derecho a una segunda opinión (Sullivan on Comp, Requesting Consulting Physicians (<https://www.sullivanattorneys.com/blog/requesting-consulting-physicians-mpn>)).

Cómo funciona el proceso de segunda opinión

Siga estos pasos según el Título 8, Sección 9767.7 del Código de Reglamentos de California (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_7.html):

1. Informe a su empleador o al administrador de reclamaciones (por escrito o verbalmente) que no está de acuerdo con el diagnóstico o el tratamiento de su médico.
2. El empleador debe proporcionarle una lista de al menos tres médicos o especialistas en NMP adecuados para su caso.
3. Seleccione un médico de la lista y programe una cita dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la lista.
4. El médico que emite una segunda opinión le examina y le proporciona un dictamen por escrito en un plazo de 20 días.

Importante: Si no programa la cita dentro de los 60 días, perderá su derecho a una segunda opinión sobre esa disputa específica.

Tercera opinión y revisión médica independiente

Si usted tampoco está de acuerdo con el médico que emite la segunda opinión, puede solicitar una tercera opinión siguiendo el mismo procedimiento. Si aún no está de acuerdo después de la tercera opinión, puede solicitar una Revisión Médica Independiente de MPN (MPN-IMR) según el Código Laboral de California § 4616.4 (<https://leginfo.ca.gov/faces/codesdisplaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616.4>) y el Código de Reglamentos de California, título 8, §§ 9768.1–9768.9 (<https://www.dir.ca.gov/t8/97689.html>). Un médico independiente—seleccionado por el estado, no por usted ni por su empleador, revisa su caso y toma una decisión.

El médico MPN-IMR se elige en función de la proximidad geográfica, comenzando dentro de un radio de 30 millas de su casa (Cal. Código de Reglamentos, título 8, § 9768.9(d) (<https://www.dir.ca.gov/t8/97689.html>)). Tiene 60 días para programar el examen IMR después de recibir el nombre del revisor. Si no cumple con este plazo, pierde este derecho (Código de Reglamentos de California, título 8, § 9768.9(h) (<https://www.dir.ca.gov/t8/97689.html>)).

Parte 9: Revisión de la utilización y el proceso independiente de IMR

¿Qué es la revisión de utilización?

La revisión de utilización (RU) es un proceso independiente de la resolución de disputas de MPN. Cuando su médico recomienda un tratamiento, el administrador de reclamaciones revisa si el tratamiento es médicamente necesario según las directrices de MTUS. Si la RU deniega o modifica el tratamiento, usted recibe una Explicación de la Revisión (EOR) que explica los motivos (Código Laboral de California § 4610 (https://leginfo.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4610)).

Revisión médica independiente de la Universidad de Rochester (UR-IMR)

Si su tratamiento es denegado tras la revisión de utilización, puede solicitar una Revisión Médica Independiente de Utilización (UR-IMR) en un plazo de 30 días. Este proceso es diferente al de MPN-IMR. En la UR-IMR, un médico independiente revisa si el tratamiento denegado es médicamente necesario según las directrices. Si el revisor independiente considera que el tratamiento es necesario, el administrador de reclamaciones debe autorizarlo en un plazo de cinco días hábiles (Código Laboral de California § 4610.6 (https://leginfo.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4610.6)); Derecho de Lesiones Personales en San Diego, ¿Qué es la IMR? (<https://www.personalinjurylawsandiego.com/posts/what-is-independent-medical-review/>)).

Importante: El proceso de segunda/tercera opinión de MPN y el proceso UR-IMR son paralelos; puede utilizar uno u otro, o ambos. No es necesario completar uno antes de comenzar el otro. El proceso MPN aborda las disputas sobre el diagnóstico y las recomendaciones de tratamiento. El proceso UR-IMR aborda las denegaciones de autorización de tratamiento (Sullivan on Comp, Requesting Consulting Physicians (<https://www.sullivanattorneys.com/blog/requesting-consulting-physicians-mpn>)).

Parte 10: Continuidad de la atención: cómo mantener a su médico.

Cuando su médico abandona la MPN

Si está recibiendo tratamiento y su médico es excluido de la Red de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés) (o si se establece una nueva MPN), es posible que tenga derecho a continuar el tratamiento con ese médico bajo ciertas condiciones. El Código de Reglamentos de California, título 8, § 9767.9(e) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_9.html) le permite continuar el tratamiento con un médico que no pertenezca a la MPN si:

- Una afección crónica grave: una afección médica que dura más de 90 días y que requiere atención continua. tratamiento (puede continuarlo hasta por 12 meses)
- Una enfermedad terminal: puede continuar durante el tiempo que dure la enfermedad.
- Una cirugía autorizada programada dentro de los 180 días posteriores a la fecha de entrada en vigor de la MPN.

Su empleador debe enviarle una notificación por escrito en inglés y español explicando si su condición califica para la atención continua (Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.9(f) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_9.html)).

Políticas de continuidad de la atención de MPN

Cada MPN debe tener una política escrita de continuidad de la atención que explique cómo maneja las transiciones cuando los médicos abandonan la red (Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.10 (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_10.html)). La política de PRISM MPN, por ejemplo, especifica que los proveedores dados de baja que continúan tratándolo deben recibir un pago a tarifas similares a las de otros médicos de la red (PRISM MPN, Continuity of Care Policy (<https://prismmpn.prismrisk.gov/downloads/1163%20MPN%20Continuity%20of%20Care%20Policy-%20English.pdf>)).

Importante: Si un médico es despedido por causa justificada (como fraude, actividad delictiva o medidas disciplinarias), las protecciones de continuidad de la atención no se aplican. Debe cambiar inmediatamente a otro médico de MPN (PRISM MPN, Política de continuidad de la atención (<https://prismmpn.prismrisk.gov/downloads/1163%20MPN%20Continuity%20of%20Care%20Policy-%20English.pdf>)).

Parte 11: Problemas comunes y cómo solucionarlos

Directorios de proveedores inexactos

Uno de los problemas más documentados de las redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) es que los directorios de proveedores suelen estar desactualizados. En ellos pueden aparecer médicos que se han jubilado, se han mudado o han dejado de aceptar pacientes con compensación laboral.

Las investigaciones han descubierto que muchos sitios web de MPN muestran páginas de destino genéricas, herramientas de búsqueda que no funcionan o enlaces rotos en lugar de información útil del proveedor (daisyBill, el pozo negro de MPN de California (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-workers-comp>)).

El problema se agrava cuando intervienen varias empresas. Es posible que su empleador le proporcione un número de teléfono, la compañía de seguros otro, y el proveedor de la red de proveedores médicos (MPN) tenga una versión distinta del directorio de proveedores. Estas discrepancias dificultan la búsqueda de un médico (daisyBill, California's MPN Cesspool (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-workers-comp>)).

Dificultad para contactar al asistente de acceso médico.

A pesar del requisito legal de que los MAA estén disponibles de lunes a sábado, de 7:00 a 20:00 (hora del Pacífico), los trabajadores lesionados suelen reportar dificultades para comunicarse con un servicio de MAA que funcione correctamente. Algunos intentos documentados muestran que los trabajadores llaman al número de MAA indicado y se comunican con líneas administrativas generales que no pueden ayudar con preguntas específicas sobre MPN (daisyBill, Requisitos de acceso a MPN de California (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-access-requirements>)).

Barreras de acceso rural

Las zonas rurales de California, incluidas partes del norte del estado como las estribaciones de Sierra Nevada y la costa norte, sufren una escasez persistente de proveedores de MPN. Algunos condados rurales tienen menos de diez MPN activos, y la disponibilidad de especialistas puede ser extremadamente limitada (daisyBill, Requisitos de acceso a MPN en California (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-access-requirements>)).

Denegaciones falsas de MPN

En algunos casos, los administradores de reclamaciones han denegado el pago de tratamientos autorizados alegando falsamente que el médico no está en la MPN, incluso cuando la aseguradora no tiene ninguna MPN aprobada (daisyBill, Employers Insurance: False MPN Payment Denial (<https://blog.daisybill.com/employers-insurance-mpn>)).

Aplicación limitada de la ley por parte del Estado

La DWC cuenta con personal y herramientas limitados para supervisar el cumplimiento de todos los MPN aprobados. Si bien la agencia puede denegar la renovación de los MPN, la suspensión o cancelación de los MPN que no cumplen con los requisitos es poco común. La responsabilidad de probar las fallas de acceso generalmente recae sobre usted, el trabajador lesionado (daisyBill, Requisitos de acceso a los MPN de California (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-access-requirements>)). En febrero de 2025, la DWC indicó que está considerando actualizaciones regulatorias para abordar algunos de estos problemas (DWC, Novedades sobre los MPN (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwcmprmain.html>)).

Parte 12: Recomendaciones clave para los trabajadores lesionados

Pasos para protegerse

Estos pasos prácticos le ayudarán a comprender el sistema MPN y a proteger sus derechos.

Antes de una lesión:

- Considere la posibilidad de designar previamente a su médico personal mediante el formulario DWC 9783. (https://www.dir.ca.gov/dwc/forms/dwcform_9783.pdf). Tanto usted como su médico deben firmar el formulario antes de que ocurra cualquier lesión.
- Averigüe si su empleador tiene un MPN preguntando a su departamento de recursos humanos o consultando la Lista de MPN activos de DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/MPN-Active.pdf>).

Después de una lesión:

- Comuníquese directamente con el Asistente de Acceso Médico. Solicite una lista de al menos tres médicos disponibles. Anote la Fecha, hora y nombre de la persona con la que habló.
- Documente todo. Mantenga registros de cada llamada telefónica, cada solicitud de cita y cada retraso. Anota las fechas, las horas, los nombres y lo que se dijo.
- Conozca sus plazos de entrega:
- Primera cita: debe estar disponible dentro de los 3 días hábiles.
- Cita con el especialista: debe estar disponible dentro de los 20 días hábiles.

- Si la MPN no puede programar una cita con un especialista dentro de los 10 días hábiles, es posible que consulte con un especialista fuera del sistema. MPN
- Citas para segunda/tercera opinión: deben programarse dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su lista de proveedores.
- Examen MPN-IMR: debe programarse dentro de los 60 días posteriores a la recepción del nombre del revisor.

Si tiene problemas para recibir atención médica:

- Solicite una segunda opinión por escrito si no está de acuerdo con el diagnóstico o el tratamiento de su médico.
- Si los servicios auxiliares (fisioterapia, diagnóstico por imágenes) no están disponibles en un tiempo razonable, solicite atención médica fuera de la MPN
- Si la MPN no puede cumplir con los estándares de acceso, escriba una solicitud formal para ver proveedores fuera de la red, citando Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.5(c) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Para reclamaciones complejas:

- Si sufre una lesión grave o de larga duración, una enfermedad profesional o una lesión psicológica, consulte con un abogado especializado en compensación laboral. Estos casos requieren conocimientos especializados sobre el proceso de resolución de conflictos y evaluaciones médico-legales.

Referencias

1. Código Laboral de California § 4616 — Sección 4616 del Código Laboral de California (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)
2. Código de Reglamentos de California, Título 8, §§ 9767.1–9767.19 — Código de Reglamentos de California, Título 8, Reglamentos MPN (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_1.html)
3. División de Compensación para Trabajadores, Lista de MPN activos (2 de febrero de 2026) — Lista de MPN activos de DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/MPN-Active.pdf>)
4. daisyBill, "El pozo negro de MPN de California: ¿Imposible por diseño?" — Análisis de MPN de daisyBill (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-workers-comp>)
5. División de Compensación para Trabajadores, "Redes de Proveedores Médicos" — Página principal de la DWC MPN (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwcmprmain.html>)
6. Código de Reglamentos de California, título 8, § 9767.5 — Reglamento de Normas de Acceso (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)
7. División de Compensación para Trabajadores, "DWC - Me lesioné en el trabajo - Atención médica" — Página de atención médica de la DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/medicalcare.htm>)
8. Código Laboral de California § 3208.3 — Sección 3208.3 del Código Laboral de California (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=3208.3)
9. daisyBill, "Requisitos de acceso a CA MPN: ¿Realidad o espejismo?" — Análisis de los requisitos de acceso de daisyBill (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-access-requirements>)
10. División de Compensación para Trabajadores, "Respuestas a preguntas frecuentes sobre las redes de proveedores médicos" — Preguntas frecuentes sobre las redes de proveedores médicos de la DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwcmprfaq.html>)
11. Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.15(b) — Reglamento de Requisitos de Geocodificación (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9767.15>)
12. Código Laboral de California § 4616(b) — Disposición sobre aprobación de MPN y aprobación tácita (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)
13. Murillo v. Western National Group, 2021 Cal. Wrk. Comp. PD LEXIS 165 (WCAB 2021) — Sullivan on Comp, MPN Access Standards (<https://sullivanoncomp.com/blog/mpn-access-standards-if-an-employee-chooses-to-treat-with-a-specialist>)
14. Código de Reglamentos de California, título 8, § 9767.6 — Reglamento de Selección de Médicos (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_6.html)
15. Código Laboral de California § 4600(d) — Predesignación de médico personal (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4600)
16. Formulario DWC 9783, "Predesignación de médico personal" — Formulario DWC 9783 (PDF) (https://www.dir.ca.gov/dwc/forms/dwcform_9783.pdf)
17. Código de Reglamentos de California, título 8, § 9767.5(i) — Remisión a un especialista externo a la MPN (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

18. Código Laboral de California § 4616.3(c) — Derechos de segunda y tercera opinión (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616.3)
19. Williamson contra Claims Administrator (WCAB) — Sullivan on Comp, Requesting Consulting Physicians (<https://www.sullivanattorneys.com/blog/requesting-consulting-physicians-mpn>)
20. Código de Reglamentos de California, título 8, § 9767.7 — Procedimientos de segunda y tercera opinión (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_7.html)
21. Código Laboral de California § 4616.4 — Revisión médica independiente de MPN (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616.4)
22. Código de Reglamentos de California, título 8, §§ 9768.1–9768.9 — Procedimientos MPN-IMR (https://www.dir.ca.gov/t8/9768_9.html)
23. Código Laboral de California § 4610 — Procedimientos de Revisión de Utilización (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4610)
24. Código Laboral de California § 4610.6 — Revisión Médica Independiente de la UR (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4610.6)
25. Derecho de lesiones personales en San Diego, "¿Qué es la revisión médica independiente (IMR)?" — Explicación del proceso de IMR (<https://www.personalinjurylawsandiego.com/posts/what-is-independent-medical-review/>)
26. Código de Reglamentos de California, título 8, § 9767.9 — Disposiciones sobre continuidad de la atención y transferencia (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_9.html)
27. Código de Reglamentos de California, título 8, § 9767.10 — Requisito de política de continuidad de la atención (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_10.html)
28. PRISM MPN, "Política de continuidad de la atención" — Política de continuidad de PRISM (PDF) (<https://prismmpn.prismrisk.gov/downloads/1163%20MPN%20Continuity%20of%20Care%20Policy-%20English.pdf>)
29. Código Laboral de California § 3600 — Definición de lesión ocupacional (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=3600)
30. Código Laboral de California § 4061 — Requisitos para Evaluadores Médicos Calificados (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4061)
31. Código Laboral de California § 5307.27 — Programa de Utilización de Tratamientos Médicos (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=5307.27)
32. CorVel, "Soluciones de atención complementaria" — Servicios complementarios de CorVel (<https://www.corvel.com/services/workers-compensation/ancillary-care-solutions/>)
33. Código de Reglamentos de California, título 8, § 9767.8 — Modificaciones del MPN (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_8.html)
34. daisyBill, "Seguro para empleadores: Denegación de pago por MPN falsa" — daisyBill Denegación de MPN falsa (<https://blog.daisybill.com/employers-insurance-mpn>)
35. PRISM Risk Simplified, "Redes de proveedores médicos (MPN)" — Descripción general de PRISM MPN (<https://www.prismrisk.gov/services/risk-control/toolbox/risk-simplified/prism-risk-simplified/medical-provider-networks-mpns/>)

Seguro médico de compensación laboral de California

Redes de proveedores: marco legal, acceso

Normas e implementación práctica

(PARTE B: ANÁLISIS JURÍDICO)

Generado por: Asistente Legal de IA

Facilitado 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.

Redes de proveedores médicos de compensación laboral de California: marco legal, estándares de acceso y Implementación práctica

Resumen ejecutivo

Las Redes de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés) representan un elemento fundamental del sistema de compensación laboral de California, establecido bajo la Sección 4616 del Código Laboral y las regulaciones de implementación en el Título 8 del Código de Regulaciones de California, Secciones 9767.1 a 9767.19.[1][2] A febrero de 2026, el estado mantiene la aprobación para cientos de MPN activas en múltiples compañías de seguros y empleadores autoasegurados, aunque el sistema ha enfrentado un escrutinio significativo con respecto a la accesibilidad y la aplicabilidad de los estándares de acceso.[3][4]

Una MPN funciona como una red selecta de médicos y proveedores médicos establecida por una aseguradora de compensación laboral o un empleador autoasegurado, aprobada por la División de Compensación Laboral de California.

Director administrativo de Compensación (DWC), y designado para proporcionar tratamiento médico exclusivo o prioritario a los trabajadores lesionados empleados por la entidad patrocinadora.[5] El marco legal exige que las MPN mantengan estándares de acceso estrictos, que requieren al menos tres médicos tratantes primarios disponibles dentro de quince millas o treinta minutos de la residencia o lugar de trabajo de un empleado, y especialistas disponibles dentro de treinta millas o sesenta minutos, mientras que simultáneamente brindan a los trabajadores lesionados una elección significativa de proveedores después de la cita inicial.[6][7] Este sistema se aplica tanto a las lesiones físicas sufridas a través de trauma agudo en el lugar de trabajo como a las lesiones ocupacionales no físicas, incluidas las afecciones psicológicas y las afecciones de trauma acumulativo reconocidas en la Sección 3208.3 del Código Laboral.[8] La investigación presentada aquí aborda la estructura operativa de las MPN, los mecanismos por los cuales los trabajadores lesionados localizan y seleccionan a los médicos tratantes, el alcance de los proveedores médicos y los tratamientos disponibles, y las variaciones entre las diferentes compañías de seguros que operan en el norte de California y en todo el país.

Resumen de la evaluación de riesgos: Los trabajadores lesionados en California se enfrentan a un panorama de riesgos mixtos al navegar por las redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés).

Entre las fortalezas de alta confianza se incluyen estándares de acceso estatutarios explícitos, requisitos reglamentarios para la elección de proveedores y mecanismos formales de resolución de disputas a través de procesos de segunda y tercera opinión. Los riesgos de confianza media incluyen dificultades documentadas para localizar directorios de proveedores de MPN precisos, aplicación inconsistente de los estándares de acceso entre diferentes aseguradoras y barreras prácticas para acceder al servicio de asistente de acceso médico requerido por la regulación.[9][10] La aplicabilidad de los requisitos de MPN depende sustancialmente de si el MPN específico de un trabajador lesionado mantiene el estado de aprobación actual de DWC y cumple con los requisitos de verificación de geocodificación.

Marco de Decisión Estratégica: Los trabajadores lesionados y sus representantes deben abordar la selección de la Red de Proveedores Médicos (MPN) con las siguientes consideraciones: primero, verificar que la MPN aplicable mantenga el estado de aprobación vigente de la Comisión de Compensación para Trabajadores (DWC) consultando la base de datos activa de MPN del estado; segundo, utilizar el servicio de Asistente de Acceso Médico (MAA) como mecanismo principal para localizar proveedores elegibles en lugar de intentar navegar por directorios en línea poco transparentes; y tercero, documentar todas las comunicaciones con los administradores de reclamaciones con respecto al acceso a los proveedores, ya que dicha documentación es fundamental si surgen disputas sobre si la MPN cumple con los estándares de acceso aplicables. Para los empleadores y las aseguradoras, el marco requiere el cumplimiento constante de los requisitos de geocodificación al momento de la reaprobación, la comunicación clara de la estructura de la MPN a los empleados cubiertos y el mantenimiento de listados de proveedores actualizados para evitar la denegación de tratamientos que de otro modo estarían autorizados.

Consideraciones sobre los plazos: Los trabajadores lesionados deben comprender varios procesos críticos dentro del marco de la Red Médica Protegida (MPN). La atención médica no urgente debe estar disponible dentro de los tres días hábiles posteriores a la notificación al asistente de acceso médico de la MPN. Las citas con especialistas, cuando se derivan a través del proceso adecuado de la MPN, deben estar disponibles dentro de los veinte días hábiles; de lo contrario, el empleado puede optar por buscar tratamiento fuera de la red. Las solicitudes de segunda y tercera opinión conforme a la Sección 4616.3 del Código Laboral deben ser atendidas dentro de plazos específicos, y las citas deben programarse dentro de los sesenta días posteriores a la recepción de la lista de proveedores. Estos plazos son de obligado cumplimiento y afectan los derechos sustantivos del trabajador.

Probabilidad de acceso: La evaluación cualitativa de si un trabajador lesionado puede obtener tratamiento médico oportuno y adecuado a través de una red de proveedores médicos (MPN) varía según la ubicación geográfica y el tipo de lesión. En las zonas urbanas del norte de California, con poblaciones concentradas y múltiples redes de proveedores, la probabilidad de cumplir con los estándares de acceso es moderadamente alta. En las zonas rurales, especialmente en aquellas designadas como zonas con escasez de atención médica, las MPN pueden proponer estándares de acceso alternativos, lo que reduce la confianza en los límites estándar de quince o treinta millas. La disponibilidad de especialistas para lesiones laborales específicas varía significativamente según la industria y la especialidad; el manejo del dolor, la cirugía ortopédica y la medicina ocupacional generalmente están disponibles en las redes aprobadas, mientras que las subespecialidades pueden requerir que los pacientes reciban tratamiento fuera de la MPN.

Marco jurídico y autoridad legal

Legislación fundamental y estructura regulatoria

El sistema de compensación laboral de California otorga a empleadores y aseguradoras la facultad de restringir la atención médica de los trabajadores lesionados a redes aprobadas mediante un marco legal promulgado en 2003 y 2004. La principal fuente legislativa es la Sección 4616 del Código Laboral de California, que establece que, a partir del 1 de enero de 2005, "una aseguradora o un empleador podrá establecer o modificar una red de proveedores médicos para la prestación de tratamiento médico a los empleados lesionados". Esta ley representa una decisión política deliberada para permitir la gestión de costos mediante la selección de proveedores, al tiempo que impone requisitos obligatorios de acceso y elección para proteger a los trabajadores lesionados. La intención legislativa equilibró la contención de costos para el empleador con el derecho de los empleados a una atención médica oportuna y adecuada, un equilibrio que sigue generando litigios y ajustes regulatorios más de dos décadas después de su implementación.

La ley exige explícitamente que cualquier MPN incluya una base mixta de proveedores: al menos el veinticinco por ciento de los médicos deben especializarse en medicina no ocupacional, mientras que el resto se centra en el tratamiento de lesiones laborales. Este requisito de integración refleja el reconocimiento de que las lesiones laborales a menudo ocurren en pacientes con afecciones preexistentes que requieren manejo simultáneo, y que los especialistas en medicina ocupacional deben operar dentro de un contexto clínico más amplio. La red también debe incluir "un número y tipo adecuados de médicos" para tratar lesiones comunes según "el tipo de ocupación o industria en la que se desempeña el empleado y el área geográfica donde trabaja".[4] Este requisito específico de la industria significa que una MPN que atiende a trabajadores de la construcción puede requerir especialistas diferentes a los de una que atiende a trabajadores de oficina, y que las variaciones geográficas en los proveedores disponibles crean diferencias legítimas en la composición de la red entre regiones.

La Sección 4616(c) del Código Laboral incluye una salvaguarda fundamental contra los incentivos perversos: "La remuneración de los médicos no podrá estructurarse con el fin de reducir, retrasar o negar el tratamiento médico ni restringir el acceso al mismo". Esta disposición contra la manipulación de la atención médica refleja la preocupación legislativa de que los baremos de honorarios o los acuerdos de capitación puedan incentivar a los proveedores a minimizar la atención. Además, la Sección 4616(f) establece que "Ninguna persona que no sea un médico con licencia y competente para evaluar los problemas clínicos específicos relacionados con los servicios de tratamiento médico, cuando estos servicios se encuentren dentro del ámbito de su práctica, podrá modificar, retrasar o denegar las solicitudes de autorización de tratamiento médico". Esta disposición limita la capacidad de los especialistas en revisión de utilización que no son médicos para tomar decisiones médicas, aunque en la práctica la interacción entre la revisión de utilización dirigida por médicos y los requisitos de membresía de la red de proveedores médicos (MPN) genera interrogantes interpretativos constantes.

La estructura de implementación regulatoria aparece en el Título 8 del Código de Regulaciones de California, Secciones 9767.1 a 9767.19. Estas regulaciones se adoptaron inicialmente en 2004 y se han modificado varias veces, la más reciente mediante actualizaciones de 2018 que agregaron requisitos de geocodificación para demostrar el cumplimiento del estándar de acceso. El Director Administrativo de la DWC tiene la autoridad principal para aprobar o denegar las solicitudes de MPN, aunque la Sección 4616(b) del Código Laboral incluye un mecanismo de aprobación tácita: si el Director Administrativo no actúa sobre un plan presentado dentro de sesenta días, "se considerará aprobado". En la práctica, la mayoría de las solicitudes reciben aprobación afirmativa dentro del plazo legal, aunque el proceso de Solicitud de Reaprobación (requerido cada cuatro años) ha generado demoras documentadas.

Requisitos y normas reglamentarias aplicables

La regulación más importante desde el punto de vista operativo es la Sección 9767.5 del CCR, que establece los estándares de acceso que definen si una MPN proporciona una cobertura adecuada para cumplir con los requisitos legales. Estos estándares abordan la distancia geográfica, el tiempo de viaje, la disponibilidad de citas y los requisitos de especialidad del proveedor. La regulación exige que una MPN tenga "al menos tres médicos de atención primaria disponibles y un hospital para servicios de atención médica de emergencia, o si está separado de dicho hospital, un proveedor de todos los servicios de atención médica de emergencia, dentro de un radio de 30 minutos o 15 millas de la residencia o el lugar de trabajo de cada empleado cubierto". Este estándar de "tres médicos disponibles" no es meramente aspiracional; define el tamaño mínimo de la red necesario para la aprobación de la DWC y, como se analiza más adelante, su interpretación ha generado una jurisprudencia significativa.

Para la atención especializada, la Sección 9767.5(a)(2) del CCR exige que "una MPN debe tener proveedores de servicios de salud ocupacional y especialistas que puedan tratar lesiones comunes sufridas por los empleados lesionados cubiertos dentro de los 60 minutos o 30 millas de la residencia o lugar de trabajo de un empleado cubierto".[1] La regulación específica además que "[u]na MPN debe tener al menos tres médicos disponibles de cada especialidad para tratar lesiones comunes sufridas por los empleados lesionados según el tipo de ocupación o industria en la que el empleado esté involucrado". Este lenguaje generó preguntas interpretativas, resueltas en jurisprudencia reciente, sobre si un trabajador lesionado que solicita tratamiento de un especialista debe demostrar que existen tres especialistas en ese campo específico.

dentro de los estándares de acceso, o si el requisito se aplica solo a las especialidades "de uso común" determinadas por el solicitante de la NMP.

Las secciones 9767.5(f) y (g) del CCR abordan los requisitos de tiempo. El inciso (f) exige que "Para servicios que no sean de emergencia, el solicitante de la MPN deberá garantizar que haya una cita disponible para la primera visita de tratamiento bajo la MPN dentro de los 3 días hábiles posteriores a la notificación del empleado cubierto a un asistente de acceso médico de la MPN sobre la necesidad de tratamiento". Este estándar de tres días hábiles se aplica a las citas iniciales de atención primaria y representa un mínimo legal por debajo del cual los administradores de la MPN no pueden estar. El inciso (g) se extiende a las citas con especialistas: "Para los servicios de especialistas no urgentes para tratar lesiones comunes sufridas por los empleados cubiertos según el tipo de ocupación o industria en la que el empleado esté involucrado, el solicitante de MPN deberá garantizar que haya una cita inicial con un especialista en una especialidad de referencia apropiada disponible dentro de los 20 días hábiles posteriores a las solicitudes razonables de un empleado cubierto para una cita a través de un asistente de acceso médico de MPN".^[8] Es fundamental que el mismo inciso incluya una cláusula de subsanación: "Si un asistente de acceso médico de MPN no puede programar una cita médica oportuna con un especialista apropiado dentro de los diez días hábiles posteriores a la solicitud de un empleado, el empleador deberá permitir que el empleado obtenga el tratamiento necesario con un especialista apropiado fuera de la MPN".

La normativa también aborda los requisitos para los asistentes de acceso médico (MAA, por sus siglas en inglés). La sección 9767.5(h) del CCR especifica que "los asistentes de acceso médico de la MPN deberán estar ubicados en los Estados Unidos y estar disponibles, como mínimo, de lunes a sábado de 7:00 a 20:00, hora del Pacífico, para brindar asistencia a los empleados en el acceso a la atención médica bajo la MPN. La asistencia a los empleados deberá estar disponible en inglés y español". Este requisito parece sencillo, pero ha resultado difícil de verificar en la práctica, como se documenta a continuación.

Definición, propósito y estructura operativa de las redes de proveedores médicos

Función principal y definición legal

Una Red de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés), según la define la División de Compensación para Trabajadores de California, es "una entidad o grupo de proveedores de atención médica establecidos por una aseguradora o un empleador autoasegurado y aprobados por el director administrativo de la DWC para tratar a los trabajadores lesionados en el trabajo". Esta definición recoge los elementos esenciales: las MPN son patrocinadas por el empleador o la aseguradora (no son operadas por el estado ni seleccionadas por los empleados), deben estar aprobadas por la autoridad reguladora estatal y tienen como propósito específico el tratamiento de lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo. La definición distingue a las MPN de otros acuerdos de atención administrada en la compensación para trabajadores de California, como las Organizaciones de Atención Médica (HCO, por sus siglas en inglés) certificadas bajo la Sección 4600.5 del Código Laboral, que operan bajo diferentes marcos regulatorios e incluyen proveedores empleados por el estado sujetos a diferentes mecanismos de rendición de cuentas.

El propósito legal de las MPN combina la contención de costos con la garantía de acceso. La Sección 4616(a) del Código Laboral establece el objetivo: "La red de proveedores deberá incluir un número y tipo adecuados de médicos, según se describe en la Sección 3209.3, u otros proveedores, según se describe en la Sección 3209.5, para tratar las lesiones comunes sufridas por los empleados lesionados, según el tipo de ocupación o industria en la que se desempeñan y el área geográfica donde trabajan". Este lenguaje refleja una determinación política de que se debe permitir a los empleadores seleccionar proveedores —posiblemente negociando tarifas más favorables que el baremo estatal de compensación laboral—, pero solo si garantizan que los empleados lesionados mantengan un acceso efectivo a la atención necesaria. La contrapartida es explícita: a cambio del derecho a restringir la selección de proveedores, la MPN debe mantener estándares de acceso y permitir la elección del empleado.

Una consecuencia de esta estructura legal es que, una vez que el empleador de un empleado lesionado establece una Red Médica Protegida (MPN, por sus siglas en inglés) aprobada, la atención del empleado pasa automáticamente a estar bajo la jurisdicción de la MPN, a menos que se aplique una excepción legal. Un empleado no puede optar por no participar en la MPN por preferencia personal o familiaridad con el proveedor; la ley exige que "toda la atención médica para los trabajadores lesionados en el trabajo cuyo empleador tenga una MPN aprobada se gestionará y proporcionará a través de la MPN", con excepciones limitadas.^[9] Este requisito obligatorio representa una restricción significativa a la autonomía del empleado en comparación con los sistemas tradicionales de compensación laboral, donde los trabajadores lesionados seleccionan a sus propios médicos, sujetos a la aprobación del empleador después de treinta días.

Autoridad de Establecimiento, Aprobación y Operación

Según la Sección 4616(b) del Código Laboral, "El empleador o la aseguradora deberá presentar un plan para la red de proveedores médicos al director administrativo para su aprobación. El director administrativo aprobará el plan si determina que cumple con los requisitos de esta sección". El proceso de solicitud se rige por la Sección 9767.2 del CCR y secciones relacionadas, que especifican la documentación requerida. Una solicitud de MPN debe

Incluya una página de portada firmada por el representante autorizado del solicitante, el nombre legal verificado, el número de identificación fiscal correcto, el número estimado de reclamaciones, los directorios de proveedores con el análisis de geocodificación requerido y pruebas de que la MPN cumple con los estándares de acceso mediante cálculos de mapeo y distancia.

El plazo de aprobación está definido por la Sección 4616(b) del Código Laboral: "Si el director administrativo no actúa sobre el plan dentro de los 60 días posteriores a su presentación, se considerará aprobado". En la práctica, esto crea un plazo vinculante para la revisión de la DWC. Sin embargo, si una solicitud está incompleta o presenta deficiencias, el plazo de sesenta días puede reiniciarse al presentar información complementaria. Una vez aprobado, un MPN recibe un período de aprobación de cuatro años, y se requiere una nueva aprobación a más tardar seis meses antes de su vencimiento. Los MPN aprobados antes del 1 de enero de 2014 que no cumplieron con las regulaciones actualizadas tuvieron hasta el 1 de enero de 2018 para actualizar sus planes; este período de transición ya pasó, aunque algunos MPN continúan operando con fechas de aprobación anteriores.

La Sección 4616 del Código Laboral y la Sección 9767.1 del CCR definen quién puede establecer una Red Médica Protegida (MPN): "Una aseguradora de compensación laboral, un empleador autoasegurado, una autoridad de poderes conjuntos, el Estado de California, la Asociación de Garantía de Seguros de California (CIGA), el Fondo Estatal de Seguros de Compensación (SCIF), un grupo de empleadores autoasegurados y una entidad que presta servicios de redes médicas". Esta disposición es importante porque permite que terceros —"entidades que prestan servicios de redes médicas"— establezcan redes en nombre de aseguradoras o empleadores. En la práctica, esto ha generado estructuras complejas de MPN donde una entidad externa (a veces una subsidiaria de una empresa de atención médica administrada o de administración de terceros más grande) posee la aprobación de la MPN, mientras que la aseguradora o el empleador real utiliza la red. Esta estructura ha generado dificultades de cumplimiento cuando la relación entre la entidad MPN aprobada y la aseguradora que utiliza la red no está clara.

La facultad para modificar o rescindir una Red de Atención Médica (MPN, por sus siglas en inglés) se aborda en la Sección 9767.8 del Código de Reglamentos de California (CCR, por sus siglas en inglés). Las modificaciones sustanciales, que incluyen cambios en el área geográfica de servicio, la política de continuidad de la atención, la política de transferencia de atención o la metodología de cumplimiento, deben ser presentadas y aprobadas por la Comisión de Bienestar de los Trabajadores (DWC, por sus siglas en inglés) antes de su implementación. Las modificaciones no sustanciales pueden implementarse simultáneamente con la notificación a la DWC. Esta distinción entre modificaciones sustanciales y no sustanciales ha generado controversias sobre si ciertos cambios (como la adición o eliminación de proveedores específicos, el ajuste de las áreas de acceso o las modificaciones al procedimiento de contacto de la MPN) constituyen modificaciones que requieren aprobación previa.

Estándares de acceso, requisitos geográficos y disponibilidad de proveedores

Estándares de acceso del médico tratante principal

El requisito fundamental de acceso se articula en la Sección 9767.5(a)(1) del CCR: una MPN debe tener "al menos tres médicos de atención primaria disponibles y un hospital para servicios de atención médica de emergencia, o si está separado de dicho hospital, un proveedor de todos los servicios de atención médica de emergencia, dentro de 30 minutos o 15 millas de la residencia o lugar de trabajo de cada empleado cubierto". Este estándar es absoluto, no está sujeto a variación según el tamaño, la industria o la ubicación del empleador, excepto cuando la MPN proponga explícitamente estándares alternativos según el inciso (b). El mínimo de tres médicos refleja un criterio legislativo de que los trabajadores lesionados deben tener una elección significativa entre proveedores, y que un solo proveedor o incluso dos proveedores podrían crear barreras prácticas de acceso (conflictos de horarios, vacantes de proveedores, necesidad de continuidad durante ausencias temporales).

El estándar de medición —"30 minutos o 15 millas"— da prioridad al tiempo de viaje, pero ofrece una alternativa en cuanto a la distancia. El uso de "o" en lugar de "y" significa que un MPN cumple con el requisito si cumple con cualquiera de los estándares en una ubicación determinada. Sin embargo, la Sección 9767.15(b) del CCR exige que los solicitantes de MPN proporcionen resultados de geocodificación que demuestren el cumplimiento de los estándares de acceso "determinados por la dirección de residencia o lugar de trabajo del empleado lesionado y no por el centro de un código postal". Este requisito de geocodificación se ha convertido en uno de los mecanismos de cumplimiento más importantes, ya que permite a DWC verificar que los estándares de acceso se cumplen de forma granular y específica para cada dirección, en lugar de asumir que los proveedores están adecuadamente distribuidos en un área geográfica.

El requisito de contar con un proveedor de "servicios de atención médica de emergencia" u hospital dentro del mismo estándar de acceso (30 minutos/15 millas) aborda la realidad de que las lesiones laborales a veces requieren estabilización inmediata. La Sección 9767.5(j) del CCR exige por separado que "el solicitante de la MPN deberá tener una política escrita que permita a un empleado lesionado recibir servicios de atención médica de emergencia de un proveedor de servicios médicos u hospitalario que no sea miembro de la MPN". Esta excepción significa que un trabajador lesionado que sufre una lesión grave que requiere atención en la sala de emergencias no está restringido a los proveedores de la MPN en situaciones de emergencia, una limitación que sería peligrosa e indefendible legalmente.

Normas de acceso especializado

Los estándares de acceso a especialistas operan bajo un umbral geográfico diferente: la Sección 9767.5(a)(2) del CCR exige que los proveedores se encuentren a menos de 60 minutos o 30 millas del domicilio o lugar de trabajo del empleado. Este estándar más flexible refleja el reconocimiento de que los servicios de especialistas se requieren con menos frecuencia que la atención primaria, y que la concentración geográfica de especialistas en centros más grandes es inevitable desde el punto de vista económico y médicamente apropiada. Sin embargo, la normativa específica además que la red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) debe contar con al menos tres médicos disponibles de cada especialidad para tratar las lesiones comunes sufridas por los empleados lesionados, según el tipo de ocupación o industria en la que trabajen.

La frase "cada especialidad" y el calificador específico del sector han generado jurisprudencia importante. En *Murillo v. Western National Group* (2021), la Junta de Apelaciones de Compensación Laboral (WCAB) aclaró que un empleado lesionado que busca tratamiento de un especialista debe cumplir con el estándar de acceso a especialistas (30 millas/60 minutos), no con el estándar de atención primaria, que es más restrictivo. La WCAB explicó que "si un trabajador lesionado desea ser tratado por un especialista, deben aplicarse los estándares de acceso a especialistas" y sostuvo que una red de proveedores médicos (MPN) cumple con el requisito si incluye tres médicos dentro del estándar de acceso a especialistas, incluso si no hay especialistas de ese tipo disponibles dentro de las distancias de atención primaria. Esta interpretación afecta drásticamente la disponibilidad práctica de atención especializada, ya que significa que los pacientes en áreas sin especialistas en manejo del dolor cercanos (como en el caso *Murillo*) pueden verse obligados a viajar más lejos de lo que permite el estándar de atención primaria, o pueden necesitar recurrir a la resolución formal de disputas para establecer que no hay un especialista adecuado disponible.

La determinación de qué especialidades son "lesiones comunes que sufren los empleados lesionados según el tipo de ocupación o industria" queda a criterio clínico del solicitante de la MPN, sujeto a la revisión de la DWC. Esto genera flexibilidad para las redes específicas de la industria, pero también permite una posible subestimación de las necesidades de las especialidades.

Presumiblemente, una red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) que atienda a trabajadores de la construcción debe incluir cirujanos ortopédicos dada la frecuencia de las lesiones ortopédicas; una MPN para trabajadores de oficina podría justificar menos recursos ortopédicos, pero una mayor disponibilidad de proveedores para lesiones por esfuerzo repetitivo.

Requisitos de disponibilidad y horarios para las citas

Más allá de los estándares geográficos, la Sección 9767.5(f) del CCR establece plazos para la disponibilidad de citas. Para servicios que no sean de emergencia, la primera consulta debe estar disponible dentro de los tres días hábiles posteriores a la notificación del empleado al asistente de acceso médico de la MPN sobre la necesidad de tratamiento. Este plazo de tres días es absoluto y no contempla excepciones por días festivos, períodos de alta demanda o indisponibilidad del proveedor. Si la MPN no puede programar una cita dentro de los tres días, técnicamente incumple el requisito reglamentario, aunque su cumplimiento en la práctica depende de si el empleado documenta la demora y la presenta como una reclamación oportuna.

Para las citas con especialistas, la Sección 9767.5(g) del CCR establece un plazo estándar de veinte días hábiles, pero incluye una importante cláusula de seguridad. Si la MAA no puede programar una cita con un especialista adecuado en un plazo de diez días hábiles, "el empleador deberá permitir que el empleado reciba el tratamiento necesario con un especialista adecuado fuera de la MPN". Esta disposición reconoce que las largas esperas para la atención especializada pueden menoscabar el propósito terapéutico del sistema MPN y crea un mecanismo para que los empleados accedan a atención externa sin necesidad de una resolución formal de disputas.

El marco regulatorio también aborda la obligación de la MPN de brindar atención fuera de la red cuando sea necesario. La Sección 9767.5(c) del CCR establece: "Si un empleado cubierto no puede obtener de un médico de la MPN un tratamiento médico razonable y necesario dentro de los estándares de acceso aplicables en los incisos (a) o (b) y los plazos requeridos en los incisos (f) y (g), entonces la MPN deberá tener una política escrita que permita al empleado cubierto obtener el tratamiento necesario para esa lesión de un especialista apropiado fuera de la MPN dentro de un área geográfica razonable". Esta disposición crea un derecho alternativo a la atención externa cuando la MPN incumple sus obligaciones de acceso, aunque, en la práctica, hacer valer este derecho a menudo requiere evidencia documental del incumplimiento de la MPN con los plazos de las citas.

Normas de acceso alternativas para zonas desatendidas

La Sección 9767.5(b) del CCR reconoce realidades geográficas que pueden impedir el cumplimiento estricto de los estándares de quince y treinta millas en ciertas áreas: "Si un solicitante de MPN cree que, dadas las circunstancias con respecto a una parte de su área de servicio, específicamente áreas en las que existe una escasez de atención médica, incluidas las áreas no rurales y las áreas rurales en las que las instalaciones de salud están ubicadas a por lo menos 30 millas de distancia, no se pueden cumplir los estándares de accesibilidad establecidos en los incisos (a)(1) y/o (a)(2), el solicitante de MPN puede proponer estándares alternativos de accesibilidad para esa parte de su área de servicio". Esta disposición permite

Se ofrece flexibilidad para las zonas rurales y otras áreas con escasez de profesionales sanitarios (HPSA, por sus siglas en inglés), pero se requiere que las normas alternativas se propongan, justifiquen y aprueben expresamente como parte del proceso de solicitud o reaprobación de la NMP.

El norte de California presenta una variación geográfica significativa que justifica la consideración de estándares alternativos. El Área de la Bahía, el área metropolitana de Sacramento y los principales corredores urbanos cumplen con los requisitos de distancia estándar, pero las zonas rurales de las áreas de servicio, particularmente en las estribaciones de Sierra Nevada, las regiones costeras y las áreas interiores menos pobladas, podrían justificar la aplicación de estándares de acceso modificados. La Sección 4616(a)(2) del Código Laboral ordena explícitamente al Director Administrativo que "considere las necesidades de las áreas rurales, específicamente aquellas en las que los centros de salud se encuentran a una distancia mínima de 30 millas". Este reconocimiento legal proporciona la base regulatoria para las propuestas de estándares alternativos en regiones con baja densidad de población.

Búsqueda, selección y cambio de médicos tratantes dentro de una red de proveedores de atención médica.

El proceso de selección de proveedores y asistentes de acceso médico

El mecanismo principal para que los trabajadores lesionados localicen médicos de la Red Médica Protegida (NMP) es el Asistente de Acceso Médico (AAM), cuya función se define en la Sección 9767.5(h) del Código de Reglamentos de California (CCR). El AAM debe estar ubicado en los Estados Unidos y disponible, como mínimo, de lunes a sábado, de 7:00 a 20:00 (hora del Pacífico), para ayudar a los trabajadores lesionados a encontrar proveedores. Cabe destacar que la normativa específica que los AAM deben estar disponibles tanto en inglés como en español, lo que refleja la composición demográfica de la fuerza laboral de California. El AAM es distinto del ajustador de reclamaciones; si bien ambos pueden ser empleados por el mismo administrador de reclamaciones, la normativa exige que "los asistentes de acceso médico de la NMP tienen funciones diferentes a las de los ajustadores de reclamaciones" y que "si la misma persona realiza ambas funciones, los contactos del asistente de acceso médico de la NMP deben registrarse por separado y con precisión".

En la práctica, las funciones de la MAA incluyen responder a las solicitudes de información sobre proveedores de los trabajadores lesionados, proporcionar listas de médicos disponibles que coincidan con el tipo de lesión y la ubicación geográfica del trabajador, ayudar con la programación de citas y mantener registros de consultas y derivaciones. Sin embargo, la evidencia documentada de múltiples fuentes indica que este sistema falla en la práctica con alarmante frecuencia. Un estudio de caso detallado describe un intento de identificar a un médico elegible de la MPN a través de múltiples canales: comenzando con la lista oficial de la MPN de la DWC, luego intentando acceder al sitio web declarado de la MPN, encontrando solo páginas de inicio genéricas y, finalmente, siendo incapaz de acceder a un servicio funcional de la MAA. Problemas similares son reportados por trabajadores lesionados que intentan navegar por sistemas de proveedores externos (como Talis Point, Enlyte/Coventry o las plataformas CorVel) que pretenden mostrar directorios de MPN pero que a menudo muestran listas de proveedores desactualizadas, funciones de búsqueda que no funcionan o páginas de inicio sin acceso a la MPN específica en cuestión.

La primera cita de tratamiento se realiza con un Médico de Tratamiento Primario (PTP) seleccionado por el trabajador lesionado (ejerciendo su derecho de elección dentro de la Red Médica Protegida, MPN) o, en el caso de la primera cita, por el administrador de reclamaciones. La Sección 9767.6(a) del CCR especifica: "A menos que el empleado cubierto haya designado previamente a un médico personal o que se suspendan los derechos de designación previa, el administrador de reclamaciones deberá notificar al empleado cubierto los nombres, direcciones y números de teléfono de al menos tres médicos de tratamiento primario disponibles entre los que el empleado puede elegir". Este requisito exige que el administrador de reclamaciones proporcione una lista significativa de alternativas, no una sola referencia. Después de la primera cita, el trabajador lesionado puede cambiar de PTP: "Un empleado cubierto puede cambiar de médico de tratamiento primario dentro de la MPN en cualquier momento sin el permiso del administrador de reclamaciones".

El proceso de cambio de médico es administrativamente distinto de la selección inicial. Un empleado que desee cambiar de médico de la red de proveedores médicos (MPN) debe notificar al administrador de reclamaciones (o, más comúnmente, al asistente de acceso médico) y seleccionar un nuevo médico de la lista disponible. A diferencia de los sistemas de organizaciones de atención médica (HCO), donde las transferencias están sujetas a aprobación clínica, las transferencias dentro de las MPN dependen exclusivamente del empleado después de la primera consulta. Sin embargo, si el nuevo profesional sanitario considera que el caso está fuera de su ámbito de competencia, puede negarse a aceptar al paciente, lo que obligaría al empleado a seleccionar otro proveedor.

Predesignación de médicos personales

Una de las excepciones más importantes al requisito obligatorio de MPN es la redesignación de un médico personal según la Sección 4600(d) del Código Laboral y la Sección 9783 del CCR. Un empleado puede redesignar a un médico personal en cualquier momento antes de que ocurra una lesión, y si la redesignación cumple con los requisitos legales, el médico redesignado se convierte en el médico tratante incluso si el empleador tiene un MPN.

Los requisitos son restrictivos: el médico debe ser el "médico habitual" del empleado (definido como uno limitado a la práctica general o certificado/elegible para la certificación en medicina interna, pediatría, obstetricia-ginecología,

o especialidades de medicina familiar), el médico debe haber "dirigido previamente su tratamiento médico y conservado sus registros médicos", el empleado debe tener una cobertura de atención médica no ocupacional vigente a través del mismo médico, y tanto el empleado como el médico deben haber proporcionado un aviso por escrito al empleador antes de que ocurra la lesión.

El formulario de predesignación, Formulario DWC 9783, está disponible en inglés y español y debe ser completado, firmado y entregado al empleador por el empleado. Se requiere la firma del médico en el formulario, aunque la normativa permite otra prueba de su conformidad si el médico no lo firma directamente. La predesignación ofrece una protección significativa para los empleados que mantienen una relación de larga data con sus médicos de cabecera y desean evitar la asignación a una Red de Proveedores Médicos (MPN). Sin embargo, el requisito de que el médico dé su consentimiento por escrito puede representar un obstáculo si los médicos no están dispuestos a comprometerse a tratar lesiones laborales o si ejercen en entornos (como modelos de pago por servicio o ciertos planes de atención administrada) donde el tratamiento de compensación laboral no está integrado en su práctica.

Es importante distinguir entre los médicos predesignados que pertenecen a la Red de Médicos Protegidos (MPN, por sus siglas en inglés) y los que no. Si un empleado predesigna a un médico que pertenece a la MPN de su empleador, puede recibir atención de dicho médico, pero el episodio seguirá sujeto a las normas de la MPN en cuanto a derivaciones a especialistas, revisión de la utilización de servicios y mecanismos de resolución de disputas. Si el médico predesignado no pertenece a la MPN, opera completamente fuera de su marco, sujeto únicamente a las normas generales de tratamiento médico para compensación laboral y a los requisitos de revisión de la utilización de servicios que se aplican a todos los tratamientos fuera de la MPN.

Remisiones de especialistas y autoridad para remitir casos

El acceso de los trabajadores lesionados a la atención especializada dentro de las Redes de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés) se rige tanto por las regulaciones de las MPN como por los requisitos tradicionales de revisión de utilización de la compensación laboral. Cuando un médico tratante principal de una MPN remite a un trabajador lesionado a un especialista, la remisión ingresa al sistema de revisión de utilización. Si el médico remitente carece de privilegios de especialista dentro de la MPN, o si el especialista remitido está fuera de la MPN, surgen dudas sobre si se aplican los estándares de acceso de la MPN y si el administrador de reclamaciones puede denegar la remisión por motivos de pertenencia a la MPN.

La Sección 9767.5(i) del CCR aborda este escenario: "Si el médico tratante principal remite al empleado cubierto a un tipo de especialista no incluido en la MPN, el empleado cubierto puede seleccionar un especialista fuera de la MPN". Esta disposición crea una laguna crucial: si el PTP identifica una necesidad clínica de consulta con un especialista en un campo donde la MPN no tiene proveedores (o donde el MAA no puede programar una cita dentro de los plazos requeridos), el empleado tiene derecho a buscar al especialista fuera de la red. El administrador de reclamaciones aún puede aplicar la revisión de utilización al tratamiento propuesto por el especialista, pero no puede denegar la remisión fuera de la MPN basándose únicamente en la pertenencia a la MPN.

El proceso de selección de un especialista cuando existen múltiples opciones dentro de la Red Médica Protegida (MPN) se rige por los estándares de acceso a especialistas, tal como se aclara en la decisión Murillo mencionada anteriormente. Si un campo de especialización está disponible dentro de la MPN y cumple con el estándar de acceso de treinta millas/sesenta minutos, generalmente se exige al empleado que seleccione entre los especialistas de la MPN, aunque el mínimo de tres médicos garantiza una elección significativa.

Segunda y tercera opinión

El derecho de un trabajador lesionado a obtener una segunda y tercera opinión dentro de una red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) está establecido en la Sección 4616.3(c) del Código Laboral: "Si un empleado lesionado discrepa del diagnóstico o del tratamiento prescrito por el médico tratante, puede solicitar la opinión de otro médico de la red. Si el empleado lesionado discrepa del diagnóstico o del tratamiento prescrito por el segundo médico, puede solicitar la opinión de un tercer médico de la red". La normativa no exige una objeción específica y expresa al criterio clínico del médico tratante; en la reciente decisión *In re Williamson v. Claims Administrator*, la Junta de Apelaciones de Compensación Laboral (WCAB, por sus siglas en inglés) aclaró que "el hecho de que el solicitante no expresara una objeción específica al diagnóstico y las recomendaciones de tratamiento del médico tratante no le impedía obtener una segunda opinión".

El proceso de segunda opinión se detalla en la Sección 9767.7 del CCR. La responsabilidad del empleado es: (1) notificar al empleador o al administrador de reclamaciones sobre la disputa por escrito o verbalmente; (2) seleccionar un médico de una lista de proveedores de MPN disponibles proporcionada por el empleador; y (3) programar una cita dentro de los sesenta días posteriores a la recepción de la lista de proveedores. La responsabilidad del empleador incluye proporcionar "al menos una lista regional de proveedores y/o especialistas de MPN" apropiada para la disputa, informar al empleado sobre el derecho a solicitar registros médicos y notificar al médico de segunda opinión sobre la naturaleza de la disputa. Si el empleado no cumple con

Si se programa la cita dentro de los sesenta días, se considerará que se renuncia al derecho a una segunda opinión con respecto a esa disputa en particular.

El médico que emite una segunda opinión proporciona un dictamen escrito sobre el diagnóstico o tratamiento en disputa y puede recomendar alternativas. Si el médico determina que el caso excede su ámbito de práctica, el empleador debe proporcionar una nueva lista de médicos disponibles para que el empleado elija. Es importante destacar que la consulta de segunda opinión no requiere revisión de utilización ni autorización previa; se trata de un derecho legal que puede ejercerse independientemente de si la recomendación del médico tratante ha sido autorizada.

Si el empleado no está de acuerdo con las conclusiones del segundo médico, puede solicitar una tercera opinión siguiendo el mismo procedimiento. Si el empleado tampoco está de acuerdo con la tercera opinión, el último paso es solicitar una Revisión Médica Independiente de la Red de Proveedores Médicos (MPN-IMR) conforme a la Sección 4616.4 del Código Laboral y las Secciones 9768.1-9768.9 del Código de Reglamentos de California (CCR). El proceso de MPN-IMR difiere del proceso estándar de revisión de utilización (IMR); es específico para disputas que surgen en contextos de MPN e implica la selección de un revisor médico independiente de un panel especializado, teniendo en cuenta la preferencia del empleado por la proximidad geográfica (dentro de un radio de treinta millas, con radios de búsqueda cada vez mayores si es necesario).

Cobertura por lesiones físicas y enfermedades laborales

Lesiones laborales agudas y el papel de las MPN

La ley de compensación laboral de California reconoce las lesiones laborales como cualquier lesión que surja o ocurra durante el desempeño de las funciones laborales, ya sea aguda o acumulativa. Para lesiones agudas (como una laceración en la mano causada por un equipo, una distensión de espalda por levantar peso o una fractura de pierna por una caída), la Red Médica Protegida (MPN, por sus siglas en inglés) sirve como puerta de entrada a la atención médica. Una vez que un empleador establece una MPN aprobada, los trabajadores lesionados con lesiones agudas deben recibir tratamiento a través de la MPN, a menos que hayan designado previamente a un médico personal o se encuentren dentro de alguna otra excepción legal.

Los tipos de lesiones agudas que se tratan con mayor frecuencia en las redes médicas especializadas (NME) incluyen lesiones ortopédicas traumáticas (fracturas, luxaciones, desgarros de ligamentos), lesiones por aplastamiento, quemaduras, laceraciones laborales y traumatismos neurológicos agudos. La composición de la NME debe reflejar estas lesiones comunes mediante la disponibilidad de cirujanos ortopédicos, médicos de urgencias y otros especialistas en traumatología. En los sectores de la construcción, la agricultura y la industria manufacturera, la NME suele contar con recursos ortopédicos más amplios que en las industrias de oficina.

El proceso de tratamiento para una lesión aguda dentro de una Red Médica Protegida (MPN) comienza con la primera consulta médica en una sala de emergencias, centro de atención de urgencias o consultorio de un médico de atención primaria aprobado por la MPN. El proveedor documenta la lesión, realiza exámenes iniciales y estudios de imagen, e inicia el tratamiento. Si se requiere hospitalización, la excepción de atención de emergencia de la MPN (Sección 9767.5(j) del CCR) permite el tratamiento en cualquier hospital sin restricciones de la MPN, aunque la atención hospitalaria posterior queda bajo la jurisdicción de la MPN. Una vez que la fase aguda se estabiliza y el trabajador entra en recuperación y rehabilitación, el marco de la MPN regula la atención continua, las consultas con especialistas y la autorización de estudios de imagen avanzados, procedimientos quirúrgicos y servicios auxiliares.

Enfermedades profesionales y afecciones por traumatismos acumulativos

Las enfermedades profesionales —afecciones derivadas de la exposición repetida a riesgos laborales en lugar de un solo accidente— se rigen por la Sección 5307.1 del Código Laboral (actualmente Sección 5307) y establecen requisitos probatorios diferentes a los de las lesiones agudas, pero se rigen por el mismo marco de la NMP (Número Máximo de Probabilidad) una vez que la enfermedad se acepta como indemnizable. Las afecciones por trauma acumulativo, como el síndrome del túnel carpiano por teclear repetidamente, la epicondilitis por agarrar objetos repetidamente o la distensión lumbar por levantar objetos pesados de forma prolongada, representan la mayoría de las reclamaciones por enfermedades profesionales en muchos sectores.

El tratamiento de las enfermedades profesionales dentro de las MPN requiere especialistas capacitados en medicina ocupacional. Un trabajador lesionado con síndrome del túnel carpiano relacionado con el trabajo, por ejemplo, normalmente requeriría una evaluación por parte de un médico especialista en medicina ocupacional o un especialista en cirugía de la mano que comprenda la relación entre las actividades laborales y la afección. El requisito de la MPN de incluir "proveedores de servicios de salud ocupacional y especialistas que puedan tratar las lesiones comunes que sufren los empleados lesionados cubiertos según el tipo de ocupación o industria en la que participa el empleado" aborda directamente estas necesidades acumulativas.

Un matiz importante aparece en la decisión Murillo con respecto a la selección de especialistas en casos de enfermedades profesionales. Un empleado con una condición relacionada con el trabajo que requiere atención especializada debe demostrar, si se le cuestiona,

que el especialista esté tratando una afección derivada de la lesión laboral. Se aplica el estándar de acceso a especialistas (treinta millas/sesenta minutos), no el estándar de atención primaria más restrictivo, pero la red de proveedores médicos (MPN) debe incluir especialistas que traten la afección médica pertinente.

Servicios auxiliares y cobertura de proveedores no médicos

Además de la atención médica proporcionada por los médicos, las redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) deben abordar los servicios auxiliares: diagnóstico por imágenes, fisioterapia, terapia ocupacional, equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés), atención médica domiciliaria y otros servicios no médicos. La Sección 9767.5(d) del CCR aborda la disponibilidad de servicios auxiliares: "Si una MPN proporciona servicios auxiliares y estos servicios o bienes no están disponibles en un plazo razonable o en un área geográfica razonable para un empleado cubierto, entonces el empleado puede obtener los servicios auxiliares necesarios fuera de la MPN dentro de un área geográfica razonable". Esta disposición permite a las MPN proporcionar servicios integrales, incluida la atención auxiliar, sin imponer los mismos estándares de acceso estrictos que rigen los servicios médicos.

Históricamente, la ley de compensación laboral de California ha permitido que una amplia gama de profesionales de la salud afines brinden tratamientos compensables. Los quiroprácticos y acupunturistas están específicamente contemplados en las regulaciones de las Redes de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés). La Sección 9767.1 del Código de Reglamentos de California (CCR, por sus siglas en inglés) exige que "las MPN deben incluir a acupunturistas y quiroprácticos como proveedores si son utilizados habitualmente por los empleados que reciben tratamiento". Este requisito específico del sector refleja el reconocimiento de que ciertas ocupaciones dependen en gran medida de la atención quiropráctica para afecciones musculoesqueléticas. Por el contrario, una MPN que atiende a empleados de oficina podría justificar recursos quiroprácticos limitados si la población de empleados tiene una baja utilización de dichos servicios.

La atención complementaria representa una parte sustancial de los costos médicos de la compensación laboral, estimada en aproximadamente el treinta por ciento del gasto médico total en el sector. Las principales categorías incluyen fisioterapia y terapia ocupacional, que abordan la recuperación funcional y la reincorporación al trabajo; diagnóstico por imágenes (radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, ecografía), que orienta las decisiones de tratamiento; equipos y suministros médicos duraderos (ortesis, soportes, muletas); servicios de atención médica domiciliaria para trabajadores inmovilizados o con discapacidades graves; y servicios de rehabilitación vocacional. Estos servicios son esenciales para lograr el doble objetivo del sistema de compensación laboral: una atención médica adecuada y una reincorporación laboral oportuna.

La coordinación de los servicios auxiliares dentro de las redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) se gestiona a través de la estructura de la red. Algunas MPN subcontratan con redes especializadas de atención auxiliar (como las soluciones de atención auxiliar de CorVel o acuerdos similares con terceros), mientras que otras acreditan directamente a los proveedores auxiliares dentro de su red de médicos. La normativa permite esta flexibilidad siempre que los servicios cumplan con los estándares de disponibilidad y acceso. Un trabajador lesionado cuyo fisioterapeuta deba retrasar una cita más allá de plazos razonables puede acceder a fisioterapia fuera de la MPN, siendo el empleador quien seguirá asumiendo los costos.

Cobertura para lesiones laborales no físicas y psicológicas

Reconocimiento legal de las enfermedades profesionales y las reclamaciones relacionadas con el estrés.

La ley de California reconoce explícitamente las enfermedades profesionales derivadas de factores de estrés no físicos en el lugar de trabajo, aunque los requisitos de prueba son más estrictos que para las lesiones físicas. El artículo 3208.3 del Código Laboral establece que las lesiones por estrés son indemnizables "si el empleado demuestra con pruebas claras y convincentes que sufrió una enfermedad o lesión profesional causada por el estrés ocurrido en el desempeño de sus funciones laborales". La ley también exige que "el empleo por parte del empleador sea la causa predominante de la lesión o enfermedad". Este estándar de "causa predominante" y "pruebas claras y convincentes" impone un listón más alto que para las lesiones físicas, donde la causalidad a menudo puede establecerse mediante la proximidad temporal al evento laboral.

Los tipos de lesiones relacionadas con el estrés laboral reconocidas en la jurisprudencia incluyen trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastorno de estrés posttraumático (TEPT) y trastornos de adaptación derivados de circunstancias laborales. Los escenarios clásicos incluyen a los socorristas (policías, bomberos, paramédicos) expuestos a incidentes críticos o eventos traumáticos en el cumplimiento de su deber; trabajadores de la salud que experimentan una exposición acumulativa a traumas de pacientes o situaciones de cuidados críticos; empleados sometidos a acoso, discriminación o acciones laborales ilegales continuas; y empleados que enfrentan la pérdida repentina del empleo o acciones laborales adversas significativas.

Existe una distinción importante entre las lesiones físicas que producen consecuencias psicológicas (lo que requiere demostrar que la lesión física causó los síntomas psiquiátricos) y las lesiones puramente psicológicas (lo que requiere demostrar que los factores estresantes del lugar de trabajo causaron la lesión independientemente de cualquier traumatismo físico). Un trabajador de la construcción que sufre una lesión en el lugar de trabajo, se somete a una cirugía, experimenta dolor crónico y

Una persona que desarrolla depresión a causa de una afección de dolor crónico se enfrenta a un proceso probatorio diferente al de un trabajador que alega que las prácticas de gestión del estrés en el lugar de trabajo le causaron depresión en ausencia de lesiones físicas.

Cobertura de MPN y tratamiento de lesiones psicológicas

El sistema de compensación laboral de California ha ampliado progresivamente la aceptación de reclamaciones por lesiones psicológicas, y las redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) deben contemplar el tratamiento de estas afecciones. Los requisitos de los proveedores de las MPN incluyen la atención psicológica mediante la incorporación de psiquiatras y psicólogos. La Sección 9767.1 del Código de Reglamentos de California (CCR, por sus siglas en inglés) especifica que los proveedores con licencia deben formar parte de la MPN, y la ley enumera a los psicólogos como proveedores elegibles, junto con médicos, cirujanos, acupunturistas, optometristas, dentistas, podólogos y quiroprácticos. Además, las MPN pueden incluir proveedores de servicios auxiliares, como fisioterapeutas, pero el enfoque principal del tratamiento psicológico recae en el proveedor principal: el psiquiatra o psicólogo que realiza las evaluaciones y proporciona la terapia continua.

La autorización de tratamiento para lesiones psicológicas dentro de una Red Médica Protegida (MPN, por sus siglas en inglés) requiere que la lesión cumpla con la definición legal de enfermedad o lesión ocupacional según la Sección 5307 del Código Laboral (para afecciones derivadas de factores estresantes repetidos) o la Sección 3208.3 (para lesiones causadas por estrés). Una vez aceptada como indemnizable, el trabajador lesionado accede al tratamiento psicológico a través de la MPN de la misma manera que al tratamiento para lesiones físicas. El administrador de reclamaciones proporciona una lista de psiquiatras o psicólogos de la red MPN, el empleado selecciona un proveedor y el tratamiento procede sujeto a una revisión de la utilización de las intervenciones propuestas.

Los estándares de acceso de la MPN se aplican a la prestación de atención psicológica: el empleado debe poder acceder a un psiquiatra o psicólogo dentro de los límites geográficos y de tiempo establecidos. Para el tratamiento de salud mental primaria, se aplica el estándar de quince millas/treinta minutos; para los servicios psicológicos especializados (como la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma u otros tratamientos basados en la evidencia para el TEPT), se aplica el estándar de treinta millas/sesenta minutos para especialistas. Estos requisitos de distancia son particularmente importantes en casos de lesiones psicológicas, ya que la disponibilidad de profesionales con formación en trauma y especializados en TEPT ocupacional puede ser limitada en ciertas áreas geográficas.

Tratamiento físico-psicológico integrado y modelos de daño acumulativo

Muchas lesiones laborales incluyen componentes tanto físicos como psicológicos. Un trabajador con dolor crónico puede desarrollar ansiedad o depresión como consecuencia directa del dolor, las limitaciones funcionales que este impone o la duración del tratamiento. La red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) debe abordar ambos componentes simultáneamente, lo que requiere coordinación entre el médico especialista en dolor (generalmente cirujano ortopédico, especialista en manejo del dolor o fisiatra) y el psicólogo o psiquiatra que trata las secuelas psicológicas.

Los casos de trauma acumulativo relacionados con enfermedades profesionales suelen presentar componentes psicológicos. Un trabajador con décadas de estrés laboral repetitivo —como un profesor que enfrenta crecientes problemas de disciplina en el aula, una enfermera expuesta repetidamente a situaciones de cuidados críticos o un funcionario de prisiones sometido a violencia laboral crónica— puede desarrollar trastornos psiquiátricos reconocidos. El requisito de causa predominante, según la Sección 3208.3, exige pruebas claras de que el estrés laboral fue la causa principal, y no vulnerabilidades preexistentes de salud mental ni factores estresantes ajenos al trabajo.

Requisitos para la calidad de la evaluación de la salud mental y los peritos

Para las reclamaciones por lesiones psicológicas en disputa, el marco de la MPN incorpora evaluaciones de evaluadores médicos calificados (QME) y, cuando corresponda, evaluaciones de evaluadores médicos acordados (AME). El médico evaluador (ya sea QME o AME) debe estar colegiado como médico (MD) o doctor en medicina osteopática (DO), no como psicólogo, aunque los psiquiatras pueden desempeñar las funciones de QME/AME. Los psicólogos pueden proporcionar opiniones médico-legales que respalden las reclamaciones de indemnización laboral mediante protocolos de evaluación especializados, a menudo coordinados con el proceso QME, pero la función de determinación médica formal está reservada a los médicos colegiados.

Para los trabajadores lesionados que buscan maximizar su indemnización por daños psicológicos, el testimonio de expertos en psicología suele ser fundamental. La jurisprudencia de California ha establecido que los psicólogos, trabajadores sociales y consejeros pueden proporcionar evidencia creíble que respalde los diagnósticos psiquiátricos y su causalidad. La evaluación debe abordar la limitación funcional del trabajador (utilizando instrumentos estandarizados como la Escala de Evaluación Global del Funcionamiento), la relación temporal entre los factores estresantes en el lugar de trabajo y la aparición de los síntomas, factores causales alternativos y eventos o condiciones específicas en el lugar de trabajo que causaron malestar.

Especialidades médicas requeridas por la industria y el tipo de lesión.

Las regulaciones de las Redes de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés) exigen que estas redes incluyan un número y tipo de médicos adecuados, apropiados para el sector y los tipos de lesiones previstas. Este requisito obliga a los solicitantes de MPN a analizar su población de empleados cubiertos y diseñar las redes en consecuencia. Por ejemplo, una MPN que atiende a trabajadores de la construcción debe incluir cirujanos ortopédicos, cirujanos de trauma, cirujanos de mano y médicos de medicina laboral. Una MPN que atiende a empleados de oficina podría justificar una composición de especialidades diferente, con un mayor énfasis en medicina laboral, especialistas en ergonomía y atención psicológica.

En una red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés), los médicos de atención primaria suelen incluir internistas, médicos de familia y médicos de medicina laboral. Estos profesionales actúan como filtro del sistema, realizando evaluaciones iniciales, solicitando pruebas diagnósticas y determinando cuándo se requiere una consulta con un especialista. El requisito de contar con tres médicos de atención primaria disponibles en un radio de 24 kilómetros (30 minutos) garantiza que los trabajadores lesionados tengan opciones entre sus proveedores de atención primaria y no dependan de un solo médico.

Más allá de la atención primaria, las principales especialidades representadas en la mayoría de las redes de proveedores médicos incluyen cirugía ortopédica (para tratar fracturas, lesiones articulares y traumatismos musculoesqueléticos), cirugía general (para laceraciones, lesiones por aplastamiento y otros traumatismos que requieren intervención quirúrgica), neurocirugía (para lesiones de la médula espinal y traumatismos craneoencefálicos), urología (para lesiones ocupacionales del sistema genitourinario), oftalmología (para traumatismos oculares y lesiones oculares químicas), otorrinolaringología (para traumatismos de cabeza y cuello), psiquiatría y psicología (para lesiones psicológicas y afecciones relacionadas con el estrés), medicina física y rehabilitación/fisiatría (para la recuperación funcional y el manejo del dolor) y especialistas en manejo del dolor (incluidos anestesiólogos con credenciales en manejo del dolor).

Estatus profesional autorizado y ámbito de práctica

El marco legal permite que las redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) incluyan a otros profesionales además de los médicos. La Sección 4616(a)(1) del Código Laboral de California especifica que la MPN "deberá incluir a médicos", pero la Sección 9767.1 del Código de Reglamentos de California (CCR, por sus siglas en inglés) permite la inclusión de "médicos y proveedores de servicios médicos con licencia", que incluyen a "médicos, cirujanos, psicólogos, acupunturistas, optometristas, dentistas, podólogos y quiroprácticos". Cada una de estas categorías de proveedores tiene un ámbito de práctica definido según la ley de California.

En California, los psicólogos deben estar colegiados por la Junta de Psicología y poseer un doctorado (Ph.D. o Psy.D.). En el ámbito de la compensación laboral, los psicólogos pueden proporcionar evaluación psicológica, pruebas y terapia para lesiones y enfermedades ocupacionales. Sin embargo, no pueden recetar medicamentos (salvo en casos limitados según la ley de California), lo que genera una brecha para los trabajadores lesionados que requieren tanto asesoramiento psicológico como tratamiento farmacológico para afecciones psiquiátricas. Esta brecha se suele solucionar derivando al paciente a un psiquiatra (médico con especialización en psiquiatría y con capacidad para recetar medicamentos) para el manejo de la medicación, mientras el psicólogo continúa con la psicoterapia.

Los acupunturistas deben estar autorizados por la Junta de Acupuntura de California y, desde 2020, deben poseer una maestría en acupuntura o haber completado un mínimo de 3000 horas de formación. En el ámbito de la compensación laboral, la acupuntura es un tratamiento aprobado para ciertas afecciones, en particular el dolor musculoesquelético y las enfermedades profesionales. La Red de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés) debe incluir a los acupunturistas si son "de uso común entre los empleados que reciben tratamiento", lo que genera la obligación de incluir la acupuntura en las redes que atienden a poblaciones que probablemente utilicen este tratamiento.

Los quiroprácticos deben estar autorizados por la Junta Estatal de Examinadores de Quiropráctica y poseer un título de Doctor en Quiropráctica (DC). La ley de compensación laboral permite el tratamiento quiropráctico para lesiones ocupacionales musculoesqueléticas, con ciertas limitaciones (como la restricción de que un quiropráctico no puede ser el médico personal de un empleado después de que este haya recibido veinticuatro visitas quiroprácticas, a menos que el médico posea cualificaciones específicas). Las redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) que atienden a industrias de trabajo manual generalmente incluyen a quiroprácticos como parte del equipo de tratamiento musculoesquelético.

Los podólogos deben estar colegiados por el Consejo de Medicina Podiátrica y poseer un título de Doctor en Medicina Podiátrica (DPM). Se incluyen en las NMP (Números de Protección Médica) cuando se prevén lesiones en los pies y tobillos, lo cual es relevante para trabajadores en ocupaciones que implican estar de pie, subir escaleras o realizar esfuerzos repetitivos en los pies.

Los optometristas, que poseen un título de Doctor en Optometría (OD) y están autorizados por la Junta de Optometría, están incluidos para tratar las lesiones visuales derivadas de riesgos laborales como la exposición a productos químicos, las lesiones por cuerpos extraños o los traumatismos.

Proveedores de servicios auxiliares y especialistas en rehabilitación física

Además de médicos de atención primaria y especialistas, las redes de profesionales médicos (MPN, por sus siglas en inglés) incluyen extensas redes de proveedores de servicios auxiliares. Los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, con licencia del Consejo de Fisioterapia y del Consejo de Terapia Ocupacional, respectivamente, son esenciales para la misión de rehabilitación de las MPN. Estos profesionales suelen tener maestrías (y cada vez más, doctorados en fisioterapia) y brindan rehabilitación funcional basada en la evidencia, con el objetivo de restaurar la capacidad laboral y facilitar el regreso al trabajo.

Los proveedores de equipos médicos duraderos (EMD) ofrecen ayudas para la movilidad, aparatos ortopédicos, dispositivos ortopédicos y demás equipos médicos necesarios para la atención al paciente. Estos proveedores suelen estar acreditados por la MPN y deben mantener estándares de calidad y precios adecuados para garantizar que el costo de los EMD no sea excesivo en relación con el beneficio clínico.

Las agencias de atención médica a domicilio brindan atención de enfermería especializada, fisioterapia, terapia ocupacional y otros servicios a trabajadores lesionados que no pueden desplazarse para recibir atención ambulatoria. Estos servicios son especialmente importantes para trabajadores con movilidad reducida o que viven en zonas rurales alejadas de centros clínicos.

Los proveedores de servicios de diagnóstico (centros de imagenología, laboratorios, centros de electromiografía [EMG]) están acreditados dentro de las redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) para garantizar la disponibilidad de las pruebas de diagnóstico necesarias para orientar las decisiones de tratamiento. El papel de la Red Médica Protegida (NMP) en la coordinación de los servicios de diagnóstico ayuda a evitar pruebas innecesarias o redundantes, al tiempo que garantiza que se pueda acceder a las pruebas de imagen y a los estudios de laboratorio clínicamente indicados.

Modalidades de tratamiento y criterios de necesidad médica

El alcance de los tratamientos disponibles a través de las Redes de Propósito Médico (MPN, por sus siglas en inglés) se rige por dos estándares: el Programa de Utilización de Tratamientos Médicos (MTUS, por sus siglas en inglés), establecido conforme a la Sección 5307.27 del Código Laboral, y, cuando el MTUS no se menciona o no es aplicable, las Guías de Práctica de Medicina Ocupacional del Colegio Americano de Medicina Ocupacional (ACOM, por sus siglas en inglés). Estas guías de tratamiento establecen qué intervenciones se consideran apropiadas para afecciones específicas, qué duración de tratamiento se prevé y cuándo la continuación del tratamiento requiere justificación mediante una revisión de la utilización.

En el caso de las lesiones ortopédicas, las guías de la MTUS y la ACOM abordan las intervenciones no quirúrgicas (reposo, hielo, medicamentos antiinflamatorios, fisioterapia, inyecciones), los puntos de decisión quirúrgica y los protocolos de rehabilitación.

El tratamiento suele progresar mediante un manejo conservador antes de pasar a la intervención quirúrgica, aunque las lesiones agudamente inestables pueden requerir cirugía en una etapa más temprana.

Para el manejo del dolor, las guías abordan el uso apropiado de analgésicos, procedimientos intervencionistas para el dolor (inyecciones articulares, bloqueos nerviosos, estimulación de la médula espinal) y enfoques psicológicos. La crisis de los opioides ha impulsado restricciones en la prescripción de opioides a largo plazo en el ámbito de la compensación laboral, y las guías ahora hacen hincapié en el manejo multimodal del dolor y la recuperación funcional.

En el caso de las enfermedades profesionales y las lesiones por traumatismos acumulativos, los protocolos de tratamiento contemplan modificaciones ergonómicas, modificación de la actividad, intervenciones terapéuticas y opciones quirúrgicas cuando los enfoques conservadores fracasan. Las guías basadas en la evidencia tienden a ser más conservadoras para las enfermedades profesionales que para las lesiones agudas, lo que refleja el reconocimiento de que estas afecciones suelen tener una evolución prolongada que requiere un tratamiento extenso.

Para las lesiones psicológicas, los protocolos de tratamiento incluyen modalidades de psicoterapia (terapia cognitivo-conductual, terapia centrada en el trauma, terapia de aceptación y compromiso), medicamentos psicotrópicos y rehabilitación orientada a recuperar la capacidad funcional y reincorporarse al trabajo. Las guías de MTUS y ACOM para lesiones psicológicas son menos prescriptivas que las de lesiones físicas, lo que refleja la naturaleza individualizada del tratamiento de la salud mental.

Redes de proveedores médicos por compañía aseguradora y variaciones estructurales

Principales compañías aseguradoras y diseños de MPN personalizados

El mercado de compensación laboral de California incluye a múltiples aseguradoras que operan redes de proveedores médicos (MPN) aprobadas. A febrero de 2026, la lista de MPN activas de la División de Compensación Laboral identifica más de 2400 MPN individuales en todo el estado. Sin embargo, la gran mayoría están inactivas, suspendidas o canceladas, lo que deja aproximadamente 194 MPN activas administradas por empleadores y aseguradoras. Las aseguradoras más importantes con una presencia significativa en el norte de California incluyen State Fund California (el fondo estatal de seguros de compensación), Hartford Fire Insurance Company, CorVel, Coventry Health Care, PMA Companies y numerosas aseguradoras regionales y especializadas.

Cada aseguradora principal estructura su red de proveedores de seguros (MPN) de manera diferente según su filosofía de suscripción, su base de clientes y su cobertura geográfica. State Fund California, como aseguradora estatal que presta servicios a empleadores sin seguro privado, mantiene una MPN geográficamente integral que cubre todas las regiones de California con servicios integrados de medicina ocupacional. Las aseguradoras privadas suelen diferenciar sus ofertas de MPN según la especialización sectorial. La MPN de Hartford incluye redes especializadas para la construcción, la atención médica, la manufactura y otras industrias de alto riesgo. Las aseguradoras especializadas en responsabilidad profesional o en profesionales de altos ingresos pueden ofrecer redes más pequeñas y selectivas que priorizan la atención musculoesquelética y los servicios psicológicos.

Administración por terceros y relaciones con proveedores de MPN

El marco regulatorio permite que las entidades que prestan servicios de redes médicas establezcan dichas redes en nombre de aseguradoras o empleadores. En la práctica, esto ha generado relaciones complejas con los proveedores. Los principales administradores externos (TPA), como Sedgwick, Broadspire y otros, suelen subcontratar a proveedores especializados de redes médicas para gestionar las operaciones de la red. Una misma aseguradora puede utilizar distintos proveedores de redes médicas en diferentes regiones o para distintos grupos de clientes, lo que genera confusión respecto a la red médica aplicable, la información de contacto correcta del asistente de acceso médico y el directorio de proveedores.

Esta estructura compleja ha generado problemas significativos para los trabajadores lesionados. En algunos casos documentados, el formulario inicial de notificación de lesiones del empleador identifica una Red de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés) e información de contacto, pero dicha información es inexacta o remite a un proveedor que ya no gestiona esa MPN. Los trabajadores lesionados y sus representantes deben navegar por un entorno confuso para identificar la entidad MPN correcta, localizar directorios de proveedores que funcionen y contactar con la Autoridad de Asistencia Médica (MAA, por sus siglas en inglés). Este problema de navegación afecta tanto a la identificación inicial de los proveedores disponibles como a las disputas posteriores sobre si la MPN cumple con los estándares de acceso.

Requisitos de geocodificación y documentación de cumplimiento de la norma de acceso

A partir de las enmiendas reglamentarias vigentes en 2014, la DWC implementó un requisito de geocodificación para las solicitudes y revalidaciones de MPN. Las MPN que solicitan la aprobación ahora deben presentar resultados de geocodificación electrónica que demuestren que sus redes de proveedores cumplen con los estándares de acceso en función de la ubicación. Las presentaciones de geocodificación requeridas incluyen archivos de Excel separados que muestran: (1) una lista completa de códigos postales en el área de servicio de la MPN; (2) un análisis de si hay al menos tres médicos de atención primaria disponibles dentro del estándar de quince millas desde el centro de cada código postal; (3) un análisis de la ubicación de hospitales y proveedores de atención de emergencia; (4) un análisis de la disponibilidad de especialistas; y (5) la identificación de cualquier código postal donde no se cumplan los estándares de acceso.

En teoría, este requisito de geocodificación crea un sistema de rendición de cuentas para el cumplimiento de los estándares de acceso por parte de MPN. Una MPN no puede afirmar que cumple con los estándares mediante afirmaciones generales sobre la disponibilidad de proveedores; debe proporcionar datos geográficos detallados que demuestren que se cumplen los requisitos de acceso en ubicaciones específicas. Sin embargo, la precisión de los datos depende de la información proporcionada por el proveedor y, como se explica más adelante, muchas redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) mantienen directorios de proveedores desactualizados que incluyen médicos inactivos o fallecidos.

Directorios electrónicos y sistemas de verificación de proveedores

Las redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) están obligadas a mantener directorios de proveedores accesibles para los empleados cubiertos. La normativa exige que las MPN proporcionen "un directorio impreso o electrónico, disponible para cada empleado cubierto que lo solicite, con los nombres, direcciones, números de teléfono y especialidades de todos los médicos y otros proveedores de la MPN disponibles para atender a los empleados cubiertos". Además, el directorio "deberá incluir el nombre y la dirección de cada hospital o centro de atención médica de emergencia en la MPN" e información sobre cómo los trabajadores lesionados pueden acceder al asistente de acceso médico.

En la práctica, los directorios de proveedores de MPN existen en múltiples formatos: directorios impresos enviados por correo a los empleadores, directorios en PDF en el sitio web de la MPN, bases de datos consultables accesibles a través del portal del proveedor de la MPN y listados electrónicos disponibles a través de plataformas de terceros. La calidad y la actualidad de estos directorios varían considerablemente. Algunas aseguradoras mantienen directorios actualizados en tiempo real; otras operan con listas de proveedores desactualizadas que incluyen médicos que ya no participan en la MPN o que se han jubilado.

El problema se agrava por las relaciones con los proveedores descritas anteriormente. Un trabajador lesionado que desee acceder al directorio de proveedores de la Red de Protección Médica (MPN) del Fondo Estatal puede visitar el sitio web del Fondo Estatal y encontrar un directorio; el empleador del mismo trabajador puede recibir un directorio diferente de un administrador externo; y el ajustador de siniestros que gestiona el caso puede consultar otro directorio mantenido por el proveedor de gestión de la MPN de un administrador externo. Estas múltiples versiones del directorio "oficial" suelen contener discrepancias.

Variaciones de la red a nivel regional y sectorial

Las redes de proveedores de servicios (MPN, por sus siglas en inglés) suelen variar según la región geográfica y el sector al que prestan servicio. La lista de MPN activas de la DWC muestra una concentración significativa de redes aprobadas en áreas urbanas, especialmente en el Área de la Bahía, el área metropolitana de Los Ángeles y el Valle Central, mientras que las opciones de red son más escasas en las regiones rurales. Algunas MPN operan en todo el estado; otras se limitan a regiones o condados específicos.

Las redes de proveedores médicos (MPN) específicas para cada sector incluyen redes diseñadas para la construcción, la agricultura, el transporte, la atención médica y otros sectores de alto riesgo. Una MPN para la construcción podría incluir más cirujanos ortopédicos, médicos de medicina laboral y especialistas en salud ocupacional que una red que atiende a trabajadores administrativos. La flexibilidad en el diseño de la red, si bien facilita la gestión médica específica para cada sector, también genera complejidad para los trabajadores lesionados que desconocen la clasificación sectorial de su empleador dentro del marco de la MPN.

Mecanismos de resolución de disputas y procesos de revisión médica independiente

Revisión de la utilización y resolución inicial de disputas

Cuando el médico tratante de un trabajador lesionado recomienda un tratamiento médico, el administrador de reclamaciones realiza una revisión de utilización (RU) para determinar si el tratamiento cumple con los estándares de necesidad médica según las directrices de tratamiento aplicables. La revisión de utilización es distinta de la revisión de la afiliación a la red de proveedores médicos (MPN); un proveedor tratante puede estar autorizado a brindar tratamiento incluso si no es miembro de la MPN, y viceversa, la afiliación a la MPN no garantiza la autorización de todos los tratamientos propuestos.

Si el administrador de reclamaciones deniega o modifica la autorización de tratamiento mediante la Revisión de Utilización (RU), el trabajador lesionado y el médico tratante reciben una Explicación de la Revisión (EOR) que detalla los motivos de la denegación y hace referencia a las directrices aplicadas. Dentro de los treinta días posteriores a la recepción de la denegación de la RU, el trabajador puede solicitar una Revisión Médica Independiente (RU-IMR) conforme a la Sección 4610.6 del Código Laboral. Este proceso de RU-IMR es distinto de la revisión médica independiente específica para la NMP (NMP-IMR) que se describe a continuación.

El proceso UR-IMR implica la presentación de una solicitud a Maximus (contratada por el estado para administrar las UR-IMR), la asignación de un médico IMR de un panel de médicos licenciados y certificados en la especialidad correspondiente, y la decisión del médico IMR dentro de los treinta días posteriores a la recepción de todos los documentos médicos pertinentes.

El médico del IMR debe seguir las directrices de tratamiento médico y emitir una decisión sobre si el tratamiento en cuestión es médicamente necesario. Si el médico del IMR considera que el tratamiento es necesario, el administrador de reclamaciones debe autorizarlo en un plazo de cinco días hábiles.

Proceso de segunda y tercera opinión dentro de la MPN

La resolución de disputas específica de la MPN comienza con el proceso de segunda opinión descrito anteriormente en la Sección 9767.7 del CCR. Un trabajador lesionado que discrepe del diagnóstico o tratamiento del médico tratante puede solicitar una segunda opinión de otro médico de la MPN. Este derecho a la segunda opinión está regulado por ley y no requiere que se haya denegado previamente la UR; un trabajador lesionado puede ejercer este derecho de forma proactiva sin esperar una decisión de autorización.

El proceso requiere que el empleador proporcione una lista de al menos tres médicos especialistas en neoplasias mieloproliferativas (NMP) disponibles y adecuados para la controversia. El empleado selecciona uno, notifica al empleador la fecha de la cita y se procede a la segunda opinión. El médico que emite la segunda opinión elabora un dictamen por escrito dentro de los veinte días posteriores a la cita, abordando el diagnóstico o tratamiento en disputa y proponiendo enfoques alternativos si procede.

Si el empleado no está de acuerdo con la segunda opinión, puede solicitar una tercera opinión siguiendo los mismos procedimientos. El médico que emite la tercera opinión vuelve a proporcionar conclusiones por escrito y recomendaciones alternativas. Cabe destacar que la normativa no permite una cuarta opinión ni posteriores; una vez emitida la tercera, se agota el proceso de resolución de disputas dentro del marco de la NMP (a menos que el empleado opte por recurrir a la UR-IMR).

Revisión médica independiente de MPN (MPN-IMR)

Si el empleado impugna las conclusiones del médico que emite una tercera opinión, el siguiente paso es la Revisión Médica Independiente de MPN según la Sección 4616.4 del Código Laboral y las Secciones 9768.1-9768.9 del CCR. La MPN-IMR es un proceso distinto de la UR-IMR, que implica la selección de un revisor médico independiente de un panel especializado, la notificación por escrito al empleado de la identidad del revisor y la oportunidad para que el empleado presente objeciones por conflictos de intereses.

El proceso de selección del director administrativo prioriza la proximidad geográfica: «Si el empleado en cuestión solicita un examen presencial, el director administrativo seleccionará aleatoriamente a un médico del panel de revisores médicos independientes disponibles, con la especialidad adecuada, cuyo consultorio se encuentre a menos de 48 kilómetros (30 millas) del domicilio del empleado, para que actúe como revisor médico independiente». Si solo hay un médico cualificado a menos de 48 kilómetros, se selecciona a dicho médico. Si no hay ninguno a menos de 48 kilómetros, la búsqueda se amplía en incrementos de 8 kilómetros (5 millas) hasta encontrar un médico.

Una vez asignado, el médico del MPN-IMR dispone de hasta treinta días para programar una consulta presencial (si el empleado lo solicita) o realizará una revisión del expediente (si el empleado solicita únicamente una revisión). El empleado puede contactar al IMR para solicitar una cita y dispone de sesenta días a partir de la recepción de su nombre para programarla; si no la programa dentro de ese plazo, el MPN-IMR pierde su derecho a hacerlo. La decisión del IMR se comunica al empleado, al médico tratante, al contacto del MPN y al administrador de reclamaciones, y determina si el diagnóstico o tratamiento en disputa es apropiado según los criterios de necesidad médica.

Interacción entre los procedimientos de disputa de MPN y la revisión de utilización

Surge una cuestión práctica respecto a la interacción entre la resolución de disputas específica de la MPN (segunda/tercera opinión y MPN-IMR) y el proceso general de revisión de utilización/UR-IMR. La normativa y la jurisprudencia aclaran que se trata de procesos paralelos, no secuenciales. Un trabajador lesionado puede solicitar segundas y terceras opiniones dentro de la MPN independientemente de si se ha emitido una denegación de UR. Por el contrario, si se ha denegado una recomendación de tratamiento mediante UR, el trabajador puede solicitar UR-IMR sin agotar el proceso de segunda/tercera opinión de la MPN.

Sin embargo, consideraciones prácticas sobre la secuencia de procedimientos sugieren que muchos trabajadores lesionados inicialmente buscan segundas y terceras opiniones en la Red de Propósito Médico (MPN) antes de recurrir a la Revisión de Necesidad Médica (UR-IMR), ya que el proceso de la MPN permite al trabajador seleccionar personalmente a los proveedores y puede ser más rápido. Alternativamente, un trabajador lesionado podría solicitar la UR-IMR si el administrador de reclamaciones ya ha denegado la autorización, dado que el proceso de la UR-IMR aborda directamente la necesidad médica. La elección entre ambos procesos implica consideraciones estratégicas: el proceso MPN hace hincapié en la comparación de opiniones clínicas, mientras que UR-IMR enfatiza la aplicación explícita de las guías de tratamiento.

Continuidad de la atención y transferencia de trabajadores lesionados a redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés)

Finalización del tratamiento para lesiones pre-MPN

Existe una importante protección para los trabajadores lesionados cuyas lesiones ocurrieron antes de que la cobertura de la Red de Proveedores Médicos (MPN) entrara en vigor o antes de que el empleador implementara la MPN. La Sección 4616.2 del Código Laboral y la Sección 9767.9 del Código de Reglamentos de California (CCR) abordan la situación en la que un proveedor de tratamiento no pertenece a la MPN recientemente implementada. En tales casos, el empleador podría estar obligado a permitir que el tratamiento se complete con el proveedor existente bajo ciertas circunstancias.

La Sección 9767.9(e) del CCR especifica las condiciones bajo las cuales se autoriza la finalización del tratamiento con un proveedor que no pertenece a la MPN: (1) una condición crónica grave según se define en la Sección 9767.9(e)(2) del CCR: una condición médica que persiste más allá de noventa días y requiere tratamiento continuo; (2) una enfermedad terminal según se define en la Sección 9767.9(e)(3) del CCR; (3) la realización de una cirugía o procedimiento autorizado y documentado como parte del curso de tratamiento del empleado, que debe ocurrir dentro de los 180 días posteriores a la fecha de entrada en vigor de la MPN; o (4) la transferencia de un empleado previamente lesionado a una MPN recientemente implementada donde la lesión no cumple con las definiciones de condición crónica o enfermedad terminal.

En casos de afecciones crónicas graves, se autoriza la finalización del tratamiento por un período de hasta un año "para completar un tratamiento aprobado por el empleador o la aseguradora" y "para gestionar la transferencia a otro proveedor dentro de la red de proveedores médicos, según lo determine la aseguradora, el empleador o la entidad que presta los servicios de la red de médicos".

Este reconocimiento de las afecciones crónicas graves protege a los trabajadores lesionados que reciben tratamiento a largo plazo (como por ejemplo, para afecciones de dolor crónico, lesiones ortopédicas graves o afecciones psicológicas complejas) de la interrupción abrupta de la atención médica.

El proceso exige que el empleador o el administrador de reclamaciones notifique por escrito al trabajador lesionado, en inglés y español, la determinación médica sobre si su condición cumple con la excepción de continuidad de la atención. Si el trabajador lesionado impugna la determinación, alegando que su condición es en realidad una afección crónica grave, contraria a la postura del empleador, la disputa se resuelve conforme al artículo 4062 del Código Laboral (procedimientos para disputas médicas), y no a través de los mecanismos de resolución de disputas de la MPN.

Requisitos de la política de continuidad de la atención

Cada red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) debe incluir una política escrita de continuidad de la atención que aborde cómo la red gestionará las situaciones en las que los proveedores sean dados de baja o dejen de estar disponibles. La política debe especificar las circunstancias en las que los trabajadores lesionados pueden continuar el tratamiento con un proveedor dado de baja y el proceso para organizar transiciones seguras a proveedores que continúen dentro de la red.

La política de continuidad de la atención de PRISM MPN, incluida en las fuentes de investigación, ejemplifica los requisitos reglamentarios. Especifica que se autoriza la finalización del tratamiento con un proveedor cuyo contrato ha finalizado para afecciones crónicas graves (hasta doce meses), enfermedades terminales (durante su duración) y cirugías autorizadas dentro de los 180 días posteriores a la finalización del contrato. Además, la política aborda la compensación para los proveedores cuyos contratos han finalizado y que continúan prestando servicios: deben ser compensados a tarifas comparables a las de los proveedores con contrato vigente en la misma área geográfica, "a menos que el proveedor cuyo contrato ha finalizado y el empleador o su administrador de reclamaciones acuerden lo contrario".

Si el proveedor es despedido por causa justificada (medida disciplinaria, fraude o actividad delictiva), las protecciones de continuidad de la atención no se aplican y el trabajador lesionado debe pasar inmediatamente a un proveedor de la red. Esta excepción refleja el principio de que los trabajadores lesionados no deben verse obligados a continuar el tratamiento con proveedores sujetos a medidas disciplinarias.

Desafíos, limitaciones y barreras prácticas para la implementación

Problemas documentados con la precisión y la accesibilidad del directorio de proveedores.

A pesar de los requisitos reglamentarios para los directorios de proveedores, diversas fuentes documentan graves deficiencias en la precisión y accesibilidad de dichos directorios. Un estudio de caso detallado describe el intento de localizar a un proveedor elegible de la Red de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés) a través de múltiples canales: acceder a la lista oficial de la MPN del estado, navegar al sitio web de la MPN, encontrar solo páginas de inicio genéricas, intentar acceder a directorios de proveedores, encontrar funciones de búsqueda que no funcionan y, finalmente, no poder contactar con un Asistente de Acceso Médico que funcione a pesar de los repetidos intentos. El estudio de caso identifica un patrón en el que el administrador de reclamaciones, la aseguradora, la entidad de la MPN y varios proveedores externos mantienen versiones diferentes del directorio de proveedores o de la información de contacto, lo que genera frustración e impide que los trabajadores lesionados encuentren atención médica.

Otro problema documentado se refiere a los directorios de proveedores que incluyen médicos que ya no ejercen activamente. Las entradas geocodificadas pueden hacer referencia a médicos que se han jubilado, se han mudado a otros estados o han fallecido, lo que infla artificialmente la disponibilidad aparente de proveedores en un área geográfica determinada. El sistema actual de la DWC para monitorear la vigencia de los proveedores es insuficiente para prevenir estas imprecisiones.

El problema se agrava por la superposición de proveedores. Un trabajador lesionado asegurado por la Aseguradora A, cuya póliza de compensación laboral es administrada por la TPA B, cuyo MPN es gestionado por el Proveedor de MPN C, recibe información sobre el MPN de la aseguradora (que puede incluir información de contacto desactualizada) y del empleador (que puede incluir información diferente). El trabajador lesionado que llama al número de teléfono de la MAA indicado se comunica con una línea administrativa general que no puede brindar información específica sobre la disponibilidad del proveedor de MPN.

Supervisión del cumplimiento y la aplicación de la normativa por parte de la DWC.

Históricamente, la capacidad de la DWC para supervisar y garantizar el cumplimiento de las normas MPN ha sido limitada. La agencia cuenta con una plantilla insuficiente en relación con el volumen de redes aprobadas y la complejidad de la verificación de los estándares de acceso.

Si bien el requisito de geocodificación representa un paso importante hacia la rendición de cuentas, la precisión de las presentaciones de geocodificación depende de la puntualidad y la exactitud de las listas de proveedores presentadas por las MPN, una dependencia que presupone un cumplimiento de buena fe.

La agencia cuenta con herramientas de aplicación formal limitadas, más allá de la denegación de la renovación de la autorización MPN. En teoría, una autorización MPN que infrinja las normas de acceso podría ver su aprobación suspendida o cancelada, pero tales medidas son poco frecuentes.

En cambio, las quejas sobre fallos en el acceso a la red MPN suelen resolverse mediante disputas individuales entre los trabajadores lesionados y los administradores de reclamaciones, recayendo sobre el trabajador lesionado la responsabilidad de documentar el fallo de acceso y buscar soluciones formales.

Las recientes modificaciones normativas, propuestas en febrero de 2025, sugieren que se reconocen estos problemas. La DWC ha manifestado su intención de solicitar comentarios de las partes interesadas sobre las actualizaciones propuestas a las regulaciones de MPN y las normas para la facturación de tratamientos médicos, sugiriendo posibles revisiones para abordar los problemas de cumplimiento documentados.

Disparidades geográficas y barreras de acceso a las zonas rurales

Las zonas rurales de California se enfrentan a problemas sistemáticos de acceso a las redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés). Muchos condados rurales tienen menos de diez MPN aprobadas y activas, y estas redes pueden tener una disponibilidad limitada de especialistas o largos tiempos de espera.

tiempos que exceden los estándares reglamentarios. Los estándares de acceso alternativos propuestos por las redes de proveedores médicos que atienden a regiones rurales intentan abordar esta situación, pero los trabajadores lesionados en áreas donde no se han aprobado dichos estándares alternativos pueden encontrarse con que no pueden acceder a la atención necesaria dentro de los plazos habituales.

La región del norte de California incluye importantes zonas rurales, en particular las estribaciones de Sierra Nevada, la costa norte y las regiones del interior, donde la disponibilidad de proveedores de MPN sigue siendo una barrera práctica para el acceso. Algunas MPN rurales han propuesto e implementado con éxito estándares alternativos que se adaptan a la realidad geográfica de la escasa distribución de médicos. Sin embargo, los trabajadores lesionados en regiones donde no se han implementado estándares alternativos pueden verse obligados legalmente a recorrer largas distancias para acceder a la atención médica requerida por la MPN.

Discrepancias entre la membresía de MPN y el estado de autorización

Un problema documentado involucra a administradores de reclamaciones que niegan el pago por tratamientos brindados por médicos que supuestamente están fuera de la Red Médica Protegida (MPN), incluso cuando la MPN en cuestión no existe, no está aprobada actualmente o no incluye al proveedor en cuestión. En un caso documentado, un administrador de reclamaciones autorizó un tratamiento a través de la Revisión de Utilización (UR), pero luego negó el pago alegando que el proveedor no estaba en la MPN aplicable, a pesar de que los registros de la Comisión para la Compensación Laboral (DWC) mostraban que el solicitante de la MPN (la aseguradora) no tenía ninguna MPN aprobada.

Este patrón sugiere confusión (o, en ocasiones, tergiversación deliberada) respecto a la relación entre la pertenencia a una red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) y la autorización del tratamiento. La revisión de la utilización y la pertenencia a una MPN son, en teoría, determinaciones independientes: un tratamiento puede autorizarse mediante la revisión de la utilización independientemente de si el proveedor pertenece o no a una MPN, y, a la inversa, la pertenencia a una MPN no garantiza la autorización. Sin embargo, en la práctica, algunos administradores de reclamaciones utilizan la no pertenencia a una MPN como motivo secundario para denegar el pago, lo que genera confusión entre los proveedores.

Requisitos de tiempo y recursos para la resolución de disputas

Los diversos procesos de resolución de disputas disponibles para los trabajadores lesionados —segunda y tercera opinión dentro de la MPN, MPN-IMR, UR-IMR y, en última instancia, evaluación médico-legal según las Secciones 4061-4062 del Código Laboral— requieren tiempo y esfuerzo administrativo. Un trabajador lesionado que impugna la recomendación de un médico tratante podría pasar meses tramitando segundas y terceras opiniones, esperando la asignación y programación de la MPN-IMR, y luego presentando disputas adicionales mediante la revisión de la utilización o los procesos médico-legales. Durante este período, al trabajador lesionado se le podría negar el acceso al tratamiento en disputa, lo que podría retrasar su recuperación.

Los plazos de sesenta días para programar citas de segunda y tercera opinión y exámenes MPN-IMR pueden transcurrir rápidamente, especialmente si el empleado no realiza un seguimiento activo de los plazos o si el MPN o el MAA proporcionan información inexacta sobre los plazos. El incumplimiento de estos plazos conlleva la renuncia al mecanismo de resolución de disputas específico, lo que deja al empleado con opciones limitadas.

Conclusión y recomendaciones prácticas para navegar por el sistema MPN.

Resumen de los principales hallazgos

El sistema de Red de Proveedores Médicos de Compensación para Trabajadores de California representa un mecanismo significativo, aunque imperfecto, para la gestión de la atención médica ocupacional. El marco legal y reglamentario, basado en la Sección 4616 del Código Laboral y las regulaciones de implementación en las Secciones 9767.1 a 9767.19 del CCR, establece estándares de acceso obligatorios que, en teoría, garantizan que los trabajadores lesionados reciban atención oportuna de redes de proveedores suficientemente diversas. Los estándares de acceso —tres médicos de atención primaria disponibles en un radio de quince millas o treinta minutos, especialistas en un radio de treinta millas o sesenta minutos, disponibilidad de la primera cita en un plazo de tres días hábiles y disponibilidad de citas con especialistas en un plazo de veinte días hábiles— establecen parámetros medibles de adecuación.

En la práctica, el sistema funciona de manera desigual en las distintas regiones geográficas, tipos de lesiones e implementaciones de las aseguradoras. Las áreas urbanas con alta concentración de población generalmente cumplen con los estándares de acceso; las áreas rurales enfrentan deficiencias sistemáticas. Las lesiones laborales comunes (ortopedia, medicina laboral) cuentan con redes de proveedores adecuadas; las subespecialidades pueden requerir que los pacientes se desplacen o busquen tratamiento externo. Las grandes aseguradoras con una presencia significativa en California mantienen directorios de proveedores relativamente actualizados y servicios MAA funcionales; las aseguradoras más pequeñas y los proveedores externos tienen dificultades con la precisión y la accesibilidad de los directorios.

Los mecanismos de resolución de disputas (segunda y tercera opinión dentro de la MPN, MPN-IMR y UR-IMR) brindan a los trabajadores lesionados vías formales para impugnar la denegación o la restricción inapropiada del tratamiento.

Sin embargo, estos procesos requieren tiempo, documentación y persistencia. La carga recae sustancialmente sobre

Los trabajadores lesionados y sus representantes deben orientarse dentro del sistema, verificar la disponibilidad de los proveedores e iniciar reclamaciones formales cuando surjan barreras de acceso.

La cobertura para lesiones laborales físicas y no físicas (afecciones psicológicas, enfermedades profesionales) es obligatoria por ley y suele estar disponible dentro de las redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés), aunque la disponibilidad de proveedores especializados para afecciones relacionadas con el estrés laboral puede ser limitada en ciertas áreas. La integración de servicios complementarios (fisioterapia, terapia ocupacional, diagnóstico por imágenes, equipos médicos duraderos) dentro de las estructuras de las MPN favorece la recuperación funcional y el regreso al trabajo, si bien el acceso a estos servicios puede verse restringido por las limitaciones de las MPN.

Recomendaciones prácticas para trabajadores lesionados

Verifique el estado de la MPN con anticipación: Al sufrir una lesión laboral, los trabajadores lesionados deben confirmar si su empleador cuenta con una MPN aprobada. Para ello, comuníquense con el empleador, revisen los avisos de compensación laboral que hayan recibido y, si es necesario, consulten directamente la lista de MPN activas del Departamento de Compensación para Trabajadores (DWC). Conocer la MPN aplicable permite al trabajador saber qué proveedores tiene disponibles y qué mecanismos de resolución de disputas existen en caso de que surjan obstáculos para acceder a la información.

Comuníquese directamente con el Asistente de Acceso Médico: En lugar de depender de la información de contacto proporcionada por el empleador o de la selección de proveedores por parte de este, los trabajadores lesionados deben comunicarse proactivamente con el Asistente de Acceso Médico de la Red de Atención Médica (MPN) durante los primeros días posteriores a la lesión. Explique claramente el tipo de lesión, solicite una lista de al menos tres proveedores disponibles y pregunte sobre la disponibilidad de citas. Anote la fecha y la hora de la llamada, el nombre del representante del Asistente de Acceso Médico (si se le proporcionó) y la lista de proveedores o la información recibida.

Documente todo: Mantenga registros detallados de todas las comunicaciones relacionadas con la selección de proveedores, la programación de citas y las barreras de acceso. Si el asistente médico autorizado no puede programar una cita dentro de los plazos legalmente establecidos (tres días hábiles para atención primaria, veinte días hábiles para especialistas), documente las fechas específicas de las solicitudes y los motivos de la indisponibilidad. Esta documentación es fundamental si el trabajador necesita posteriormente iniciar un proceso formal de resolución de conflictos o buscar atención médica externa.

Designación previa de un médico de cabecera antes de una lesión: Si trabaja y no está cubierto por una red de proveedores médicos (MPN), o si su puesto implica riesgo de lesiones, considere designar previamente a un médico de cabecera mediante el formulario 9783 de la DWC. Este formulario debe ser completado y firmado tanto por el empleado como por el médico antes de que ocurra cualquier lesión laboral. De ser así, el médico designado previamente se convertirá en el proveedor de atención médica, independientemente de los requisitos de la MPN.

Solicite proactivamente una segunda y tercera opinión: Si no está satisfecho con el diagnóstico o el tratamiento propuesto por su médico tratante, no espere a que se deniegue formalmente la solicitud de revisión de utilización (UR). En su lugar, haga uso de su derecho legal a obtener una segunda y tercera opinión, según lo estipulado en la Sección 4616.3 del Código Laboral. Notifique por escrito al administrador de reclamaciones, solicite una lista de al menos tres médicos de la Red de Profesionales Médicos (MPN) pertinentes para la disputa y seleccione un médico para la segunda opinión. Este proceso es más rápido que esperar la denegación de la UR y la posterior solicitud de revisión de utilización e investigación médica (UR-IMR).

Conozca sus derechos a la atención especializada: Si le derivan a un especialista, confirme que este se encuentra dentro del radio de acceso de la Red Médica Protegida (30 millas/sesenta minutos). Si la Autoridad de Asistencia Médica (MAA) no puede programar una cita en un plazo de diez días hábiles, usted tiene derecho a recibir atención especializada fuera de la Red Médica Protegida, a cargo del empleador. Ejercer este derecho si es necesario para recibir atención oportuna.

Busque asistencia legal para reclamaciones complejas: Si sufre lesiones graves que requieren tratamiento prolongado, si padece enfermedades profesionales que requieren atención médica específica del sector o si sufre daños psicológicos que requieren prueba de causalidad, considere consultar con un abogado o defensor especializado en compensación laboral. Estos profesionales pueden guiarle a través de los mecanismos de resolución de conflictos, abogar por el acceso al tratamiento y coordinar las evaluaciones médico-legales que respalden su reclamación.

Recomendaciones prácticas para empleadores y administradores de reclamaciones

Mantener actualizados los directorios de proveedores: Verificar periódicamente que todos los médicos incluidos en la lista de proveedores de la red de proveedores médicos (MPN) estén activos, debidamente acreditados y dispuestos a tratar lesiones laborales. Implementar procedimientos para eliminar de los directorios a los médicos jubilados o reubicados dentro de los sesenta días posteriores a su partida. Proporcionar directorios actualizados a los empleados cubiertos al menos una vez al año.

Asegurar la funcionalidad del Asistente de Acceso Médico: Verificar que el servicio MAA esté operativo, que el personal asignado a las funciones de MAA esté debidamente capacitado en los procedimientos MPN y que las comunicaciones de MAA estén documentadas y registradas por separado de las funciones de administración de reclamaciones. Implementar sistemas de seguimiento de llamadas para

Asegúrese de que las llamadas de MAA se respondan en plazos razonables y de que los empleados reciban información precisa y actualizada sobre los proveedores.

Implementar análisis de geocodificación: Para las redes de proveedores médicos (MPN) que se acercan a los plazos de revalidación de cuatro años, comience el análisis de geocodificación con anticipación para identificar áreas geográficas donde no se cumplen los estándares de acceso. Desarrolle planes para agregar proveedores a las áreas con escasez de servicios o, si está justificado, proponga estándares de acceso alternativos con documentación que respalde las condiciones de escasez de atención médica.

Coordinación con proveedores externos: Si utiliza proveedores externos de MPN para gestionar las operaciones de la red, establezca mecanismos claros de rendición de cuentas. Exija a los proveedores que proporcionen listas de proveedores actualizadas a intervalos específicos, que mantengan los servicios de MAA en funcionamiento y que realicen un seguimiento del cumplimiento de los estándares de acceso. Realice auditorías periódicas del desempeño de los proveedores para verificar que los trabajadores lesionados puedan localizar y acceder a la atención médica.

Comuníquese claramente con los trabajadores lesionados: Proporcione información clara y detallada sobre la estructura de la Red de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés), la información de contacto de la Agencia de Asistencia Médica (MAA, por sus siglas en inglés) y el proceso para seleccionar proveedores. Asegúrese de que los avisos iniciales de lesiones incluyan información precisa y actualizada sobre cómo acceder a la atención médica. Ofrezca materiales y servicios en español que reflejen la diversidad de la fuerza laboral del estado.

Recomendaciones prácticas para profesionales de la salud

Verificar el estado de la red de proveedores médicos (MPN) antes del tratamiento: Antes de tratar a un trabajador lesionado, confirme si el paciente está cubierto por una MPN y, de ser así, si usted es un proveedor participante. Obtenga la confirmación de la membresía en la MPN y los procedimientos de autorización vigentes del administrador de reclamaciones. Aclare si aceptará el baremo de honorarios de la MPN y si se seguirán sus procedimientos de autorización previa.

Participación estratégica en redes de proveedores: Los médicos que estén considerando participar en una red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) deben evaluar el volumen de pacientes, la adecuación de su tabla de tarifas, los procedimientos de autorización previa y los mecanismos de resolución de disputas. Las MPN que ofrecen una compensación inferior a la del mercado o procedimientos de autorización previa engorrosos podrían no justificar los costos administrativos.

Acceso a documentos y barreras para citas: Si los trabajadores lesionados se comunican con su oficina para solicitar citas, pero su agenda no permite atenderlos dentro de los plazos reglamentarios, documente las solicitudes y las barreras de programación. Si varios trabajadores lesionados no pueden acceder a su atención dentro de los plazos requeridos, esto indica que la red de proveedores médicos (MPN) podría estar subestimando la demanda y podría necesitar ampliar su capacidad de atención.

Direcciones regulatorias futuras

La reciente indicación de la DWC de que está considerando actualizaciones regulatorias a los requisitos de MPN y las normas de facturación de tratamientos médicos sugiere posibles novedades futuras. Los trabajadores lesionados y los empleadores deben estar atentos a las enmiendas propuestas para obtener aclaraciones sobre la aplicación de los estándares de acceso, la precisión del directorio de proveedores y la funcionalidad de MAA. Participar en los procesos de consulta con las partes interesadas de la DWC —a través de organizaciones de defensa, asociaciones profesionales o comentarios individuales— puede influir en la dirección de estas mejoras regulatorias.

La tensión fundamental que subyace al sistema MPN —el equilibrio entre la contención de costos para el empleador y el acceso y la libertad de elección del trabajador lesionado— probablemente seguirá generando atención regulatoria y judicial. A medida que el sistema evoluciona, los requisitos duales de acceso adecuado y libertad de elección de proveedor significativa deben seguir siendo fundamentales en cualquier modificación regulatoria.

Referencias

[1] Sección 4616 del Código Laboral de California (https://leginfo.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

[2] Código de Reglamentos de California, Título 8, Secciones 9767.1-9767.19 (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_1.html)

[3] División de Compensación para Trabajadores, Lista de MPN activos (2 de febrero de 2026) (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/MPN-Active.pdf>)

[4] daisyBill, "El pozo negro de MPN de California: ¿Imposible por diseño?" (análisis de los fallos de accesibilidad y del directorio de MPN) (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-workers-comp>)

[5] División de Compensación para Trabajadores, "Redes de Proveedores Médicos" (https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwc_mpn_main.html)

[6] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(a) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

[7] PRISM Risk Simplified, "Redes de proveedores médicos (MPN)" (<https://www.prismrisk.gov/services/risk-control/toolbox/risk-simplified/prism-risk-simplified/medical-provider-networks-mpns/>)

[8] Sección 3208.3 del Código Laboral de California (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=3208.3); SF Stress, "Atención psicológica especializada para trabajadores lesionados" (<https://sfstress.com/workers-comp/>)

[9] daisyBill, "Requisitos de acceso a MPN de CA: ¿Realidad o espejismo?" (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-access-requirements>)

[10] daisyBill, "El pozo negro de MPN de California" (documentando fallas de accesibilidad de MAA) (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-workers-comp>)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(f) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(g) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.7(a)-(d) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_7.html)

Sección 4616 del Código Laboral de California (promulgada en 2003-2004) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

Sección 4616(a)(1) del Código Laboral de California (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

Sección 4616(a)(1) del Código Laboral de California: requisitos de composición para médicos (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

[4] Sección 4616(a)(1) del Código Laboral de California: estándares de adecuación de proveedores (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

Sección 4616(c) del Código Laboral de California: disposición contra la manipulación de contratos (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

Sección 4616(f) del Código Laboral de California: requisito de autorización médica (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Secciones 9767.1-9767.19 (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_1.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.15 (requisitos de geocodificación vigentes entre 2014 y 2018) (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9767.15>)

Sección 4616(b) del Código Laboral de California: disposición de aprobación tácita (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5 (normas de acceso) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(a)(1) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

[1] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(a)(2) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(a) (requisito de médico especialista) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(f) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

[8] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(g) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(g) - Opción alternativa de atención especializada externa (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(h) (Requisitos de la MAA) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

División de Compensación para Trabajadores, "Redes de Proveedores Médicos" (definición)
(https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwc_mpn_main.html)

Sección 4616(a)(1) del Código Laboral de California: Propósito del MPN y estándares de diseño
(https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

División de Compensación para Trabajadores, "Respuestas a preguntas frecuentes sobre redes de proveedores médicos"
(https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwc_mpn_faq.html)

[9] División de Compensación para Trabajadores, "DWC - Me lesioné en el trabajo - Atención médica"
(<https://www.dir.ca.gov/dwc/medicalcare.htm>)

Sección 4616(b) del Código Laboral de California (proceso de aprobación de MPN)
(https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.2 (requisitos de solicitud de MPN); Sección 9767.15 (requisitos de geocodificación) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_1.html)

Sección 4616(b) del Código Laboral de California (mecanismo de aprobación tácita)
(https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.15(b) (período de aprobación de cuatro años y requisito de reaprobación) (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9767.15>)

División de Compensación para Trabajadores, "Respuestas a preguntas frecuentes sobre redes de proveedores médicos"
(https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwc_mpn_faq.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.8 (Modificaciones de MPN)
(https://www.dir.ca.gov/t8/9767_8.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(a)(1) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.15(b) (requisitos de geocodificación basados en análisis específicos de direcciones) (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9767.15>)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(j) (excepción de atención de emergencia)
(https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(a)(2) (estándar de acceso para especialistas)
(https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(a) (requisito de médico especialista) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Murillo v. Western National Group, 2021 Cal. Wrk. Comp. PD LEXIS 165 (WCAB 2021) (interpretación del estándar de acceso especializado) (<https://sullivanoncomp.com/blog/mpn-access-standards-if-an-employee-chooses-to-treat-with-a-specialist>)

Murillo contra Western National Group (interpretación del estándar de acceso a especialistas)
(<https://sullivanoncomp.com/blog/mpn-access-standards-if-an-employee-chooses-to-treat-with-a-specialist>)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(a) (determinación de especialidad por parte del solicitante de MPN) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(f) (requisitos de plazos) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(g) (tiempos de atención especializada y alternativa de atención externa) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(g) (válvula de seguridad para citas con especialistas)
(https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(c) (requisito de atención fuera de la red) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(b) (estándares de acceso alternativo para áreas desatendidas) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Sección 4616(a)(2) del Código Laboral de California (consideraciones para zonas rurales) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(h) (Requisitos y obligaciones de la MAA) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(h) (Distinción entre MAA y ajustador de siniestros) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

daisyBill, "El pozo negro de MPN de California" (estudio de caso detallado de fallas de accesibilidad de MAA) (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-workers-comp>)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.6(a) (requisito de selección inicial del médico) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_6.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.6(e) (derecho del empleado a cambiar el PTP) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_6.html)

Sección 4600(d) del Código Laboral de California (predesignación de médico personal); Título 8, Sección 9783 del Código de Reglamentos de California (formulario y requisitos de predesignación) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4600)

Formulario DWC 9783, "Predesignación de médico personal" (https://www.dir.ca.gov/dwc/forms/dwcform_9783.pdf)

División de Compensación para Trabajadores, "DWC - Me lesioné en el trabajo - Atención médica" (explicación de la predesignación) (<https://www.dir.ca.gov/dwc/medicalcare.htm>)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(i) (remisión a un especialista externo a la MPN) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Murillo v. Western National Group, 2021 Cal. Wrk. Comp. PD LEXIS 165 (estándares de acceso a especialistas) (<https://sullivanoncomp.com/blog/mpn-access-standards-if-an-employee-chooses-to-treat-with-a-specialist>)

Sección 4616.3(c) del Código Laboral de California (derecho a segunda y tercera opinión) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616.3)

En el caso Williamson contra Claims Administrator, WCAB (segunda opinión sin objeción específica articulada) (<https://www.sullivanattorneys.com/blog/requesting-consulting-physicians-mpn>)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.7(a)-(b) (procedimiento de segunda opinión) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_7.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.7(b) (responsabilidades del empleador respecto a una segunda opinión) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_7.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.7(f) (requisito de opinión escrita de un médico para una segunda opinión) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_7.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.7(c) (excepción al ámbito de práctica para médicos que emiten segundas opiniones) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_7.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.7(d) (procedimiento de tercera opinión) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_7.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9768.9(d) (Proceso de selección de MPN-IMR y consideración geográfica) (https://www.dir.ca.gov/t8/9768_9.html)

Sección 3600 del Código Laboral de California (definición de lesión laboral) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=3600)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(a)(2) (requisito de servicios de salud ocupacional) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Murillo v. Western National Group, 2021 Cal. Wrk. Comp. PD LEXIS 165 (enfermedad profesional y acceso a especialistas) (<https://sullivanoncomp.com/blog/mpn-access-standards-if-an-employee-chooses-to-treat-with-a-specialist>)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(d) (excepción de accesibilidad a servicios auxiliares) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

División de Compensación para Trabajadores, "Respuestas a preguntas frecuentes sobre redes de proveedores médicos" (requisito de inclusión de quiroprácticos/acupunturistas) (https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwc_mpn_faq.html)

CorVel, "Soluciones de atención complementaria" (servicios complementarios que representan el 30% del gasto médico) (<https://www.corvel.com/services/workers-compensation/ancillary-care-solutions/>)

Sección 3208.3 del Código Laboral de California (compensabilidad por lesiones relacionadas con el estrés) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=3208.3)

Sección 3208.3 del Código Laboral de California (pruebas claras y convincentes y estándares de causa predominante) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=3208.3)

Sección 4616(a) del Código Laboral de California (tipos de proveedores elegibles); División de Compensación para Trabajadores, "Respuestas a preguntas frecuentes" (categorías de proveedores, incluidos los psicólogos) (https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwc_mpn_faq.html)

Sección 4061 del Código Laboral de California (Requisitos de QME para médicos con licencia) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4061)

Sección 4616(a)(1) del Código Laboral de California (requisito de número y tipo adecuados de médicos) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

División de Compensación para Trabajadores, "Respuestas a preguntas frecuentes sobre redes de proveedores médicos" (tipos y alcance de los proveedores) (https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwc_mpn_faq.html)

Sección 5307.27 del Código Laboral de California (Programa de Utilización de Tratamientos Médicos); División de Trabajadores Compensación por "Atención médica" (directrices de MTUS y ACOM) (<https://www.dir.ca.gov/dwc/medicalcare.htm>)

División de Compensación para Trabajadores, "Lista de MPN activos" (2 de febrero de 2026) (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/MPN-Active.pdf>)

daisyBill, "Requisitos de acceso a MPN de CA: ¿Realidad o espejismo?" (194 MPN mantenidos activamente frente a un total de 2486 en la lista) (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-access-requirements>)

Sección 4616 del Código Laboral de California (las entidades que prestan servicios de redes de médicos pueden establecer redes de proveedores médicos) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

daisyBill, "El pozo negro de MPN de California" (ejemplo de información de contacto incorrecta de MPN en un aviso de lesiones) (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-workers-comp>)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.15(b) (requisitos de geocodificación vigentes desde 2014) (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9767.15>)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.15(b) (presentación obligatoria de archivos de geocodificación) (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9767.15>)

División de Compensación para Trabajadores, "Respuestas a preguntas frecuentes sobre redes de proveedores médicos" (requisitos del directorio de proveedores) (https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwc_mpn_faq.html)

Sección 4610 del Código Laboral de California (procedimientos de revisión de utilización) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4610)

Sección 4610.6 del Código Laboral de California (Procedimiento y cronograma de solicitud de UR-IMR) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4610.6)

Derecho de lesiones personales en San Diego, "¿Qué es la revisión médica independiente (IMR)?" (Explicación del proceso UR-IMR) (<https://www.personalinjurylawsandiego.com/posts/what-is-independent-medical-review/>)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.7 (procedimientos de segunda y tercera opinión) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_7.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.7(b) (requisito del empleador de proporcionar una lista de proveedores para una segunda opinión) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_7.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.7(d) (el procedimiento de tercera opinión refleja el de segunda opinión) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_7.html)

Sección 4616.4 del Código Laboral de California (disponibilidad de MPN-IMR después de una tercera opinión); Título 8 del Código de Reglamentos de California, Secciones 9768.1-9768.9 (procedimientos de MPN-IMR) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616.4)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9768.9(d) (Proceso de selección de MPN-IMR que prioriza la proximidad geográfica) (https://www.dir.ca.gov/t8/9768_9.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9768.9(h) (Cronograma de programación de citas MPN-IMR) (https://www.dir.ca.gov/t8/9768_9.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9768.9(h) (plazo de sesenta días para contactar con IMR o renunciar al derecho) (https://www.dir.ca.gov/t8/9768_9.html)

Sullivan on Comp, "Solicitud de médicos consultores dentro de una MPN" (independencia de la segunda opinión del proceso UR) (<https://www.sullivanattorneys.com/blog/requesting-consulting-physicians-mpn>)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.9(e) (condiciones para completar el tratamiento con un proveedor que no pertenece a la red de proveedores médicos) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_9.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.9(e)(2) (definición de afección crónica grave y finalización del período de tratamiento) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_9.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.9(f) (requisito de notificación en inglés y español) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_9.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.10 (requisito de política de continuidad de la atención) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_10.html)

PRISM MPN, "Política de continuidad de la atención" (ejemplo de documento de política de continuidad) (<https://prismmpn.prismrisk.gov/downloads/1163%20MPN%20Continuity%20of%20Care%20Policy-%20English.pdf>)

PRISM MPN, "Política de continuidad de la atención" (compensación para proveedores despedidos) (<https://prismmpn.prismrisk.gov/downloads/1163%20MPN%20Continuity%20of%20Care%20Policy-%20English.pdf>)

PRISM MPN, "Política de continuidad de la atención" (excepción para proveedores despedidos por causa justificada) (<https://prismmpn.prismrisk.gov/downloads/1163%20MPN%20Continuity%20of%20Care%20Policy-%20English.pdf>)

daisyBill, "El pozo negro de MPN de California" y "Requisitos de acceso a MPN de CA: ¿Realidad o espejismo?" (problemas documentados de directorio y accesibilidad) (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-workers-comp>)

daisyBill, "El pozo negro de MPN de California" (estudio de caso detallado sobre las barreras de navegación) (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-workers-comp>)

daisyBill, "Requisitos de acceso a MPN de CA" (limitaciones de aplicación de DWC) (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-access-requirements>)

División de Compensación para Trabajadores, "Redes de Proveedores Médicos - Novedades" (Aviso de actualización regulatoria propuesta de febrero de 2025) (https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwc_mpn_main.html)

daisyBill, "Requisitos de acceso a MPN de California" (barreras de acceso rural) (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-access-requirements>)

daisyBill, "Seguro para empleadores: Denegación de pago de MPN falsa" (ejemplo de denegaciones erróneas de membresía de MPN) (<https://blog.daisybill.com/employers-insurance-mpn>)

División de Compensación para Trabajadores, "Redes de Proveedores Médicos - Novedades" (Enmiendas reglamentarias propuestas para febrero de 2025) (https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwc_mpn_main.html)

Seguro médico de compensación laboral de California Redes de proveedores: marco legal, acceso Normas e implementación práctica

Generado por: Asistente Legal de IA

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

25 de febrero de 2026

Resumen ejecutivo

Las Redes de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés) representan un elemento fundamental del sistema de compensación laboral de California, establecido bajo la Sección 4616 del Código Laboral y las regulaciones de implementación en el Título 8 del Código de Regulaciones de California, Secciones 9767.1 a 9767.19.[1][2] A febrero de 2026, el estado mantiene la aprobación para cientos de MPN activas en múltiples compañías de seguros y empleadores autoasegurados, aunque el sistema ha enfrentado un escrutinio significativo con respecto a la accesibilidad y la aplicabilidad de los estándares de acceso.[3][4] Una MPN funciona como una red selecta de médicos y proveedores médicos establecida por una aseguradora de compensación laboral o un empleador autoasegurado, aprobada por el director administrativo de la División de Compensación Laboral de California (DWC, por sus siglas en inglés) y designada para brindar tratamiento médico exclusivo o prioritario a los trabajadores lesionados empleados por la entidad patrocinadora.[5] El marco legal exige que las MPN mantengan estándares de acceso estrictos, que requieren al menos tres médicos tratantes primarios disponibles dentro de un radio de quince millas o treinta minutos de la residencia o lugar de trabajo de un empleado, y especialistas disponibles dentro de un radio de treinta millas o sesenta minutos, al tiempo que brindan a los trabajadores lesionados una elección significativa de proveedores después de la cita inicial.[6][7] Este sistema se aplica tanto a las lesiones físicas sufridas a través de un trauma agudo en el lugar de trabajo como a las lesiones ocupacionales no físicas, incluidas las afecciones psicológicas y las afecciones de trauma acumulativo reconocidas en la Sección 3208.3 del Código Laboral.[8] La investigación presentada aquí aborda la estructura operativa de las MPN, los mecanismos por los cuales los trabajadores lesionados localizan y seleccionan a los médicos tratantes, el alcance de los proveedores médicos y los tratamientos disponibles, y las variaciones entre las diferentes compañías de seguros que operan en el norte de California y en todo el país.

Resumen de la evaluación de riesgos: Los trabajadores lesionados en California se enfrentan a un panorama de riesgos mixtos al navegar por las redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés).

Entre las fortalezas de alta confianza se incluyen estándares de acceso estatutarios explícitos, requisitos reglamentarios para la elección de proveedores y mecanismos formales de resolución de disputas a través de procesos de segunda y tercera opinión. Los riesgos de confianza media incluyen dificultades documentadas para localizar directorios de proveedores de MPN precisos, aplicación inconsistente de los estándares de acceso entre diferentes aseguradoras y barreras prácticas para acceder al servicio de asistente de acceso médico requerido por la regulación.[9][10] La aplicabilidad de los requisitos de MPN depende sustancialmente de si el MPN específico de un trabajador lesionado mantiene el estado de aprobación actual de DWC y cumple con los requisitos de verificación de geocodificación.

Marco de Decisión Estratégica: Los trabajadores lesionados y sus representantes deben abordar la selección de la Red de Proveedores Médicos (MPN) con las siguientes consideraciones: primero, verificar que la MPN aplicable mantenga el estado de aprobación vigente de la Comisión de Compensación para Trabajadores (DWC) consultando la base de datos activa de MPN del estado; segundo, utilizar el servicio de Asistente de Acceso Médico (MAA) como mecanismo principal para localizar proveedores elegibles en lugar de intentar navegar por directorios en línea poco transparentes; y tercero, documentar todas las comunicaciones con los administradores de reclamaciones con respecto al acceso a los proveedores, ya que dicha documentación es fundamental si surgen disputas sobre si la MPN cumple con los estándares de acceso aplicables. Para los empleadores y las aseguradoras, el marco requiere el cumplimiento constante de los requisitos de geocodificación al momento de la reaprobación, la comunicación clara de la estructura de la MPN a los empleados cubiertos y el mantenimiento de listados de proveedores actualizados para evitar la denegación de tratamientos que de otro modo estarían autorizados.

Consideraciones sobre los plazos: Los trabajadores lesionados deben comprender varios procesos críticos dentro del marco de la Red Médica Protegida (MPN). La atención médica no urgente debe estar disponible dentro de los tres días hábiles posteriores a la notificación al asistente de acceso médico de la MPN. Las citas con especialistas, cuando se remiten a través del proceso adecuado de la MPN, deben estar disponibles dentro de los veinte días hábiles; de lo contrario, el empleado puede optar por buscar tratamiento fuera de la red. Las solicitudes de segunda y tercera opinión, conforme a la Sección 4616.3 del Código Laboral, deben ser atendidas dentro de plazos específicos, y las citas deben programarse dentro de los sesenta días posteriores a la recepción de la lista de proveedores. Estos plazos son exigibles y afectan los derechos sustantivos del trabajador.

Probabilidad de acceso: La evaluación cualitativa de si un trabajador lesionado puede obtener tratamiento médico oportuno y apropiado a través de una MPN varía según la ubicación geográfica y el tipo de lesión. Para las áreas urbanas del norte de California con poblaciones concentradas y múltiples redes de proveedores, la probabilidad de cumplir con los estándares de acceso es moderadamente alta. Para las áreas rurales, particularmente aquellas designadas como zonas de escasez de atención médica, las MPN pueden proponer estándares de acceso alternativos, lo que reduce la confianza en el estándar de quince.

Puntos de referencia de una milla o treinta millas. La disponibilidad de especialistas para lesiones laborales específicas varía significativamente según la industria y la especialidad. El manejo del dolor, la cirugía ortopédica y la medicina laboral generalmente están disponibles en las redes aprobadas, mientras que las subespecialidades pueden requerir que los pacientes reciban tratamiento fuera de la red de proveedores médicos (MPN).

Marco jurídico y autoridad legal

Legislación fundamental y estructura regulatoria

El sistema de compensación laboral de California otorga a empleadores y aseguradoras la facultad de restringir la atención médica de los trabajadores lesionados a redes aprobadas mediante un marco legal promulgado en 2003 y 2004. La principal fuente legislativa es la Sección 4616 del Código Laboral de California, que establece que, a partir del 1 de enero de 2005, "una aseguradora o un empleador podrá establecer o modificar una red de proveedores médicos para la prestación de tratamiento médico a los empleados lesionados". Esta ley representa una decisión política deliberada para permitir la gestión de costos mediante la selección de proveedores, al tiempo que impone requisitos obligatorios de acceso y elección para proteger a los trabajadores lesionados. La intención legislativa equilibró la contención de costos para el empleador con el derecho de los empleados a una atención médica oportuna y adecuada, un equilibrio que sigue generando litigios y ajustes regulatorios más de dos décadas después de su implementación.

La ley exige explícitamente que cualquier MPN incluya una base mixta de proveedores: al menos el veinticinco por ciento de los médicos deben especializarse en medicina no ocupacional, mientras que el resto se centra en el tratamiento de lesiones laborales. Este requisito de integración refleja el reconocimiento de que las lesiones laborales a menudo ocurren en pacientes con afecciones preexistentes que requieren manejo simultáneo, y que los especialistas en medicina ocupacional deben operar dentro de un contexto clínico más amplio. La red también debe incluir "un número y tipo adecuados de médicos" para tratar lesiones comunes según "el tipo de ocupación o industria en la que se desempeña el empleado y el área geográfica donde trabaja".^[4] Este requisito específico de la industria significa que una MPN que atiende a trabajadores de la construcción puede requerir especialistas diferentes a los de una que atiende a trabajadores de oficina, y que las variaciones geográficas en los proveedores disponibles crean diferencias legítimas en la composición de la red entre regiones.

La Sección 4616(c) del Código Laboral incluye una salvaguarda fundamental contra los incentivos perversos: "La remuneración de los médicos no podrá estructurarse con el fin de reducir, retrasar o denegar el tratamiento médico ni restringir el acceso al mismo". Esta disposición contra la manipulación de la atención médica refleja la preocupación legislativa de que los baremos de honorarios o los acuerdos de capitación puedan incentivar a los proveedores a minimizar la atención. Además, la Sección 4616(f) establece que "Ninguna persona que no sea un médico con licencia y competente para evaluar los problemas clínicos específicos relacionados con los servicios de tratamiento médico, cuando estos servicios se encuentren dentro del ámbito de su práctica, podrá modificar, retrasar o denegar las solicitudes de autorización de tratamiento médico". Esta disposición limita la capacidad de los especialistas en revisión de utilización que no son médicos para tomar decisiones médicas, aunque en la práctica la interacción entre la revisión de utilización dirigida por médicos y los requisitos de membresía de la Red de Proveedores Médicos (MPN) genera interrogantes interpretativos constantes.

La estructura de implementación regulatoria aparece en el Título 8 del Código de Regulaciones de California, Secciones 9767.1 a 9767.19. Estas regulaciones se adoptaron inicialmente en 2004 y se han modificado en varias ocasiones, la más reciente mediante actualizaciones de 2018 que añadieron requisitos de geocodificación para demostrar el cumplimiento de los estándares de acceso. El Director Administrativo de la DWC tiene la autoridad principal para aprobar o denegar las solicitudes de MPN, aunque la Sección 4616(b) del Código Laboral incluye un mecanismo de aprobación tácita: si el Director Administrativo no actúa sobre un plan presentado en un plazo de sesenta días, "se considerará aprobado". En la práctica, la mayoría de las solicitudes reciben la aprobación afirmativa dentro del plazo legal, aunque el proceso de solicitud de reaprobación (que debe realizarse cada cuatro años) ha generado retrasos documentados.

Requisitos y normas reglamentarias aplicables

La regulación más significativa desde el punto de vista operativo es la Sección 9767.5 del CCR, que establece los estándares de acceso que definen si una MPN proporciona una cobertura adecuada para cumplir con los requisitos legales. Estos estándares abordan la distancia geográfica, el tiempo de viaje, la disponibilidad de citas y los requisitos de especialidad del proveedor. La regulación exige que una MPN tenga "al menos tres médicos de atención primaria disponibles y un hospital para servicios de atención médica de emergencia, o si está separado de dicho hospital, un proveedor de todos los servicios de atención médica de emergencia, dentro de los 30 minutos o 15 millas de la residencia de cada empleado cubierto o

lugar de trabajo". Este estándar de "tres médicos disponibles" no es meramente aspiracional; define el tamaño mínimo de la red necesario para la aprobación de DWC y, como se analiza a continuación, su interpretación ha generado una jurisprudencia significativa.

Para la atención especializada, la Sección 9767.5(a)(2) del CCR requiere que "una MPN debe tener proveedores de servicios de salud ocupacional y especialistas que puedan tratar lesiones comunes sufridas por los empleados lesionados cubiertos dentro de los 60 minutos o 30 millas de la residencia o lugar de trabajo de un empleado cubierto".[1] La regulación específica además que "[una] MPN debe tener al menos tres médicos disponibles de cada especialidad para tratar lesiones comunes sufridas por los empleados lesionados según el tipo de ocupación o industria en la que el empleado esté involucrado". Este lenguaje generó preguntas interpretativas, resueltas en jurisprudencia reciente, sobre si un trabajador lesionado que solicita tratamiento de un especialista debe demostrar que existen tres especialistas en ese campo específico dentro de los estándares de acceso, o si el requisito se aplica solo a las especialidades "de uso común" determinadas por el solicitante de la MPN.

Las secciones 9767.5(f) y (g) del CCR abordan los requisitos de tiempo. El inciso (f) exige que "Para servicios que no sean de emergencia, el solicitante de la MPN deberá garantizar que haya una cita disponible para la primera visita de tratamiento bajo la MPN dentro de los 3 días hábiles posteriores a la notificación del empleado cubierto a un asistente de acceso médico de la MPN sobre la necesidad de tratamiento". Este estándar de tres días hábiles se aplica a las citas iniciales de atención primaria y representa un mínimo legal por debajo del cual los administradores de la MPN no pueden estar. El inciso (g) se extiende a las citas con especialistas: "Para los servicios de especialistas no urgentes para tratar lesiones comunes sufridas por los empleados cubiertos según el tipo de ocupación o industria en la que el empleado esté involucrado, el solicitante de MPN deberá garantizar que haya una cita inicial con un especialista en una especialidad de referencia apropiada disponible dentro de los 20 días hábiles posteriores a las solicitudes razonables de un empleado cubierto para una cita a través de un asistente de acceso médico de MPN".[8] Es fundamental que el mismo inciso incluya una cláusula de subsanación: "Si un asistente de acceso médico de MPN no puede programar una cita médica oportuna con un especialista apropiado dentro de los diez días hábiles posteriores a la solicitud de un empleado, el empleador deberá permitir que el empleado obtenga el tratamiento necesario con un especialista apropiado fuera de la MPN".

La normativa también aborda los requisitos para los asistentes de acceso médico (MAA, por sus siglas en inglés). La sección 9767.5(h) del CCR especifica que "los asistentes de acceso médico de la MPN deberán estar ubicados en los Estados Unidos y estar disponibles, como mínimo, de lunes a sábado de 7:00 a 20:00, hora del Pacífico, para brindar asistencia a los empleados en el acceso a la atención médica bajo la MPN. La asistencia a los empleados deberá estar disponible en inglés y español". Este requisito parece sencillo, pero ha resultado difícil de verificar en la práctica, como se documenta a continuación.

Definición, propósito y estructura operativa de las redes de proveedores médicos

Función principal y definición legal

Una Red de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés), según la define la División de Compensación para Trabajadores de California, es "una entidad o grupo de proveedores de atención médica establecidos por una aseguradora o un empleador autoasegurado y aprobados por el director administrativo de la DWC para tratar a los trabajadores lesionados en el trabajo". Esta definición recoge los elementos esenciales: las MPN son patrocinadas por el empleador o la aseguradora (no son operadas por el estado ni seleccionadas por los empleados), deben estar aprobadas por la autoridad reguladora estatal y tienen como propósito específico el tratamiento de lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo. La definición distingue a las MPN de otros acuerdos de atención administrada en la compensación para trabajadores de California, como las Organizaciones de Atención Médica (HCO, por sus siglas en inglés) certificadas bajo la Sección 4600.5 del Código Laboral, que operan bajo diferentes marcos regulatorios e incluyen proveedores empleados por el estado sujetos a diferentes mecanismos de rendición de cuentas.

El propósito legal de las MPN combina la contención de costos con la garantía de acceso. La Sección 4616(a) del Código Laboral establece el objetivo: "La red de proveedores deberá incluir un número y tipo adecuados de médicos, como se describe en la Sección 3209.3, u otros proveedores, como se describe en la Sección 3209.5, para tratar las lesiones comunes que sufren los empleados lesionados según el tipo de ocupación o industria en la que se desempeña el empleado y el área geográfica donde trabaja". Este lenguaje refleja una determinación política de que se debe permitir a los empleadores seleccionar proveedores, potencialmente negociando tarifas más favorables que el baremo de tarifas de compensación laboral estatal, pero solo si garantizan que los empleados lesionados

mantener un acceso significativo a la atención necesaria. La contrapartida es explícita: a cambio del derecho a restringir la selección de proveedores, la red de proveedores médicos (MPN) debe mantener los estándares de acceso y permitir la elección de los empleados.

Una consecuencia de esta estructura legal es que, una vez que el empleador de un empleado lesionado establece una Red Médica Protegida (MPN, por sus siglas en inglés) aprobada, la atención del empleado pasa automáticamente a estar bajo la jurisdicción de la MPN, a menos que se aplique una excepción legal. Un empleado no puede optar por no participar en la MPN por preferencia personal o familiaridad con el proveedor; la ley exige que "toda la atención médica para los trabajadores lesionados en el trabajo cuyo empleador tenga una MPN aprobada se gestionará y proporcionará a través de la MPN", con excepciones limitadas.^[9] Este requisito obligatorio representa una restricción significativa a la autonomía del empleado en comparación con los sistemas tradicionales de compensación laboral, donde los trabajadores lesionados seleccionan a sus propios médicos, sujetos a la aprobación del empleador después de treinta días.

Autoridad de Establecimiento, Aprobación y Operación

Según la Sección 4616(b) del Código Laboral, "El empleador o la aseguradora deberá presentar un plan para la red de proveedores médicos al director administrativo para su aprobación. El director administrativo aprobará el plan si determina que cumple con los requisitos de esta sección". El proceso de solicitud se rige por la Sección 9767.2 del CCR y secciones relacionadas, que especifican la documentación requerida. Una solicitud de MPN debe incluir una página de portada firmada por el representante autorizado del solicitante, nombre legal verificado, número de identificación fiscal correcto, número estimado de reclamaciones, directorios de proveedores con el análisis de geocodificación requerido y evidencia de que la MPN cumple con los estándares de acceso mediante cálculos de mapeo y distancia.

El plazo de aprobación está definido por la Sección 4616(b) del Código Laboral: "Si el director administrativo no actúa sobre el plan dentro de los 60 días posteriores a su presentación, se considerará aprobado". En la práctica, esto crea un plazo vinculante para la revisión de la DWC. Sin embargo, si una solicitud está incompleta o presenta deficiencias, el plazo de sesenta días puede reiniciarse al presentar información complementaria. Una vez aprobado, un MPN recibe un período de aprobación de cuatro años, y se requiere una nueva aprobación a más tardar seis meses antes de su vencimiento. Los MPN aprobados antes del 1 de enero de 2014 que no cumplieron con las regulaciones actualizadas tuvieron hasta el 1 de enero de 2018 para actualizar sus planes; este período de transición ya pasó, aunque algunos MPN continúan operando con fechas de aprobación anteriores.

La Sección 4616 del Código Laboral y la Sección 9767.1 del CCR definen quién puede establecer una Red Médica Protegida (MPN): "Una aseguradora de compensación laboral, un empleador autoasegurado, una autoridad de poderes conjuntos, el Estado de California, la Asociación de Garantía de Seguros de California (CIGA), el Fondo Estatal de Seguros de Compensación (SCIF), un grupo de empleadores autoasegurados y una entidad que presta servicios de redes médicas". Esta disposición es importante porque permite que terceros —"entidades que prestan servicios de redes médicas"— establezcan redes en nombre de aseguradoras o empleadores. En la práctica, esto ha generado estructuras complejas de MPN donde una entidad externa (a veces una subsidiaria de una empresa de atención médica administrada o de administración de terceros más grande) posee la aprobación de la MPN, mientras que la aseguradora o el empleador real utiliza la red. Esta estructura ha generado dificultades de cumplimiento cuando la relación entre la entidad MPN aprobada y la aseguradora que utiliza la red no está clara.

La facultad para modificar o rescindir una Red de Atención Médica (MPN, por sus siglas en inglés) se aborda en la Sección 9767.8 del Código de Reglamentos de California (CCR, por sus siglas en inglés). Las modificaciones sustanciales, que incluyen cambios en el área geográfica de servicio, la política de continuidad de la atención, la política de transferencia de atención o la metodología de cumplimiento, deben ser presentadas y aprobadas por la Comisión de Bienestar de los Trabajadores (DWC, por sus siglas en inglés) antes de su implementación. Las modificaciones no sustanciales pueden implementarse simultáneamente con la notificación a la DWC. Esta distinción entre modificaciones sustanciales y no sustanciales ha generado controversias sobre si ciertos cambios (como la adición o eliminación de proveedores específicos, el ajuste de las áreas de acceso o las modificaciones al procedimiento de contacto de la MPN) constituyen modificaciones que requieren aprobación previa.

Estándares de acceso, requisitos geográficos y disponibilidad de proveedores

Estándares de acceso del médico tratante principal

El requisito fundamental de acceso se articula en la Sección 9767.5(a)(1) del CCR: una MPN debe tener "al menos tres médicos de atención primaria disponibles y un hospital para servicios de atención médica de emergencia, o si está separado de dicho hospital, un proveedor de todos los servicios de atención médica de emergencia, dentro de 30 minutos o 30 minutos o 15 millas de la residencia o lugar de trabajo de cada empleado cubierto". Este estándar es absoluto, no

Sujeto a variaciones según el tamaño, el sector o la ubicación del empleador, salvo que la MPN proponga explícitamente estándares alternativos en virtud del apartado (b). El requisito mínimo de tres médicos refleja la convicción legislativa de que los trabajadores lesionados deben tener una verdadera libertad de elección entre proveedores, y que un solo proveedor, o incluso dos, podrían generar obstáculos prácticos de acceso (conflictos de horarios, vacantes de proveedores, necesidad de continuidad durante ausencias temporales).

El estándar de medición —"30 minutos o 15 millas"— da prioridad al tiempo de viaje, pero ofrece una alternativa en cuanto a la distancia. El uso de "o" en lugar de "y" significa que un MPN cumple con el requisito si cumple con cualquiera de los estándares en una ubicación determinada. Sin embargo, la Sección 9767.15(b) del CCR exige que los solicitantes de MPN proporcionen resultados de geocodificación que demuestren el cumplimiento de los estándares de acceso "determinados por la dirección de residencia o lugar de trabajo del empleado lesionado y no por el centro de un código postal". Este requisito de geocodificación se ha convertido en uno de los mecanismos de cumplimiento más importantes, ya que permite a DWC verificar que los estándares de acceso se cumplen de forma granular y específica para cada dirección, en lugar de asumir que los proveedores están adecuadamente distribuidos en un área geográfica.

El requisito de contar con un proveedor de "servicios de atención médica de emergencia" u hospital dentro del mismo estándar de acceso (30 minutos/15 millas) aborda la realidad de que las lesiones laborales a veces requieren estabilización inmediata. La Sección 9767.5(j) del CCR exige por separado que "el solicitante de la MPN deberá tener una política escrita que permita a un empleado lesionado recibir servicios de atención médica de emergencia de un proveedor de servicios médicos u hospitalario que no sea miembro de la MPN". Esta excepción significa que un trabajador lesionado que sufre una lesión grave que requiere atención en la sala de emergencias no está restringido a los proveedores de la MPN en situaciones de emergencia, una limitación que sería peligrosa e indefendible legalmente.

Normas de acceso especializado

Los estándares de acceso a especialistas operan bajo un umbral geográfico diferente: la Sección 9767.5(a)(2) del CCR exige que los proveedores se encuentren a menos de 60 minutos o 30 millas del domicilio o lugar de trabajo del empleado. Este estándar más flexible refleja el reconocimiento de que los servicios de especialistas se requieren con menos frecuencia que la atención primaria, y que la concentración geográfica de especialistas en centros más grandes es inevitable desde el punto de vista económico y médicamente apropiada. Sin embargo, la normativa específica además que la red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) debe contar con al menos tres médicos disponibles de cada especialidad para tratar las lesiones comunes sufridas por los empleados lesionados, según el tipo de ocupación o industria en la que trabajen.

La frase "cada especialidad" y el calificador específico del sector han generado jurisprudencia importante. En *Murillo v. Western National Group* (2021), la Junta de Apelaciones de Compensación Laboral (WCAB) aclaró que un empleado lesionado que busca tratamiento de un especialista debe cumplir con el estándar de acceso a especialistas (30 millas/60 minutos), no con el estándar de atención primaria, que es más restrictivo. La WCAB explicó que "si un trabajador lesionado desea ser tratado por un especialista, deben aplicarse los estándares de acceso a especialistas" y sostuvo que una red de proveedores médicos (MPN) cumple con el requisito si incluye tres médicos dentro del estándar de acceso a especialistas, incluso si no hay especialistas de ese tipo disponibles dentro de las distancias de atención primaria. Esta interpretación afecta drásticamente la disponibilidad práctica de atención especializada, ya que significa que los pacientes en áreas sin especialistas en manejo del dolor cercanos (como en el caso *Murillo*) pueden verse obligados a viajar más lejos de lo que permite el estándar de atención primaria, o pueden necesitar recurrir a la resolución formal de disputas para establecer que no hay un especialista adecuado disponible.

La determinación de qué especialidades son "lesiones comunes que sufren los empleados lesionados según el tipo de ocupación o industria" queda a criterio clínico del solicitante de la MPN, sujeto a la revisión de la DWC.

Esto genera flexibilidad para las redes específicas de cada sector, pero también permite una posible subestimación de las necesidades especializadas. Una red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) que atiende a trabajadores de la construcción presumiblemente debe incluir cirujanos ortopédicos dada la frecuencia de las lesiones ortopédicas; una MPN para trabajadores de oficina podría justificar menos recursos ortopédicos, pero una mayor disponibilidad de proveedores para lesiones por esfuerzo repetitivo.

Requisitos de disponibilidad y horarios para las citas

Más allá de los estándares geográficos, la Sección 9767.5(f) del CCR exige plazos de referencia para la disponibilidad de citas. Para los servicios que no son de emergencia, la primera visita de tratamiento debe estar disponible dentro de los tres días hábiles posteriores a la notificación del empleado al asistente de acceso médico de MPN de que necesita tratamiento. Este estándar de tres días es absoluto y no contiene excepciones por días festivos, períodos de alto volumen o proveedores.

Falta de disponibilidad. Si la MPN no puede programar una cita en un plazo de tres días, técnicamente incumple el requisito reglamentario, aunque la aplicación práctica depende de si el empleado documenta la demora y la plantea oportunamente como una reclamación.

Para las citas con especialistas, la Sección 9767.5(g) del CCR establece un plazo estándar de veinte días hábiles, pero incluye una importante cláusula de seguridad. Si la MAA no puede programar una cita con un especialista adecuado en un plazo de diez días hábiles, "el empleador deberá permitir que el empleado reciba el tratamiento necesario con un especialista adecuado fuera de la MPN". Esta disposición reconoce que las largas esperas para la atención especializada pueden menoscabar el propósito terapéutico del sistema MPN y crea un mecanismo para que los empleados accedan a atención externa sin necesidad de una resolución formal de disputas.

El marco regulatorio también aborda la obligación de la MPN de brindar atención fuera de la red cuando sea necesario. La Sección 9767.5(c) del CCR establece: "Si un empleado cubierto no puede obtener de un médico de la MPN un tratamiento médico razonable y necesario dentro de los estándares de acceso aplicables en los incisos (a) o (b) y los plazos requeridos en los incisos (f) y (g), entonces la MPN deberá tener una política escrita que permita al empleado cubierto obtener el tratamiento necesario para esa lesión de un especialista apropiado fuera de la MPN dentro de un área geográfica razonable". Esta disposición crea un derecho alternativo a la atención externa cuando la MPN incumple sus obligaciones de acceso, aunque, en la práctica, hacer valer este derecho a menudo requiere evidencia documental del incumplimiento de la MPN con los plazos de las citas.

Normas de acceso alternativas para zonas desatendidas

La Sección 9767.5(b) del CCR reconoce las realidades geográficas que pueden impedir el cumplimiento estricto de los estándares de quince y treinta millas en ciertas áreas: "Si un solicitante de MPN cree que, dadas las circunstancias de una parte de su área de servicio, específicamente áreas donde hay escasez de atención médica, incluidas áreas no rurales y áreas rurales donde las instalaciones de salud están ubicadas a por lo menos 30 millas de distancia, no se pueden cumplir los estándares de accesibilidad establecidos en los incisos (a)(1) y/o (a)(2), el solicitante de MPN puede proponer estándares alternativos de accesibilidad para esa parte de su área de servicio". Esta disposición permite flexibilidad para áreas rurales y otras áreas con escasez de profesionales de la salud (HPSA, por sus siglas en inglés), pero requiere que los estándares alternativos se propongan, justifiquen y aprueben expresamente como parte del proceso de solicitud o reaprobación de MPN.

El norte de California presenta una variación geográfica significativa que justifica la consideración de estándares alternativos. El Área de la Bahía, el área metropolitana de Sacramento y los principales corredores urbanos cumplen con los requisitos de distancia estándar, pero las zonas rurales de las áreas de servicio, particularmente en las estribaciones de Sierra Nevada, las regiones costeras y las áreas interiores menos pobladas, podrían justificar la aplicación de estándares de acceso modificados. La Sección 4616(a)(2) del Código Laboral ordena explícitamente al Director Administrativo que "considere las necesidades de las áreas rurales, específicamente aquellas en las que los centros de salud se encuentran a una distancia mínima de 30 millas". Este reconocimiento legal proporciona la base regulatoria para las propuestas de estándares alternativos en regiones con baja densidad de población.

Búsqueda, selección y cambio de médicos tratantes dentro de una red de proveedores de atención médica.

El proceso de selección de proveedores y asistentes de acceso médico

El mecanismo principal para que los trabajadores lesionados localicen médicos de la Red Médica Protegida (NMP) es el Asistente de Acceso Médico (AAM), cuya función se define en la Sección 9767.5(h) del Código de Reglamentos de California (CCR). El AAM debe estar ubicado en los Estados Unidos y disponible, como mínimo, de lunes a sábado, de 7:00 a 20:00 (hora del Pacífico), para ayudar a los trabajadores lesionados a encontrar proveedores. Cabe destacar que la normativa específica que los AAM deben estar disponibles tanto en inglés como en español, lo que refleja la composición demográfica de la fuerza laboral de California. El AAM es distinto del ajustador de reclamaciones; si bien ambos pueden ser empleados por el mismo administrador de reclamaciones, la normativa exige que "los asistentes de acceso médico de la NMP tienen funciones diferentes a las de los ajustadores de reclamaciones" y que "si la misma persona realiza ambas funciones, los contactos del asistente de acceso médico de la NMP deben registrarse por separado y con precisión".

En la práctica, las funciones de la MAA incluyen responder a las solicitudes de información sobre proveedores de los trabajadores lesionados, proporcionar listas de médicos disponibles que coincidan con el tipo de lesión y la ubicación geográfica del trabajador, ayudar con la programación de citas y mantener registros de consultas y derivaciones. Sin embargo, la evidencia documentada de múltiples fuentes indica que este sistema falla en la práctica con una frecuencia preocupante. Una

Un estudio de caso detallado describe un intento de identificar a un médico elegible de la Red de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés) a través de múltiples canales: comenzando con la lista oficial de la MPN de la Comisión de Compensación para Trabajadores (DWC), luego intentando acceder al sitio web declarado de la MPN, encontrando solo páginas de destino genéricas y, finalmente, sin poder acceder a un servicio de autorización de autorización de comercialización (MAA, por sus siglas en inglés) que funciona. Los trabajadores lesionados informan problemas similares al intentar navegar por sistemas de proveedores externos (como las plataformas Talis Point, Enlyte/Coventry o CorVel) que supuestamente muestran directorios de MPN, pero que a menudo presentan listas de proveedores desactualizadas, funciones de búsqueda que no funcionan o páginas de destino sin acceso a la MPN específica en cuestión.

La primera cita de tratamiento se realiza con un Médico de Tratamiento Primario (PTP) seleccionado por el trabajador lesionado (ejerciendo su derecho de elección dentro de la Red Médica Protegida, MPN) o, en el caso de la primera cita, por el administrador de reclamaciones. La Sección 9767.6(a) del CCR especifica: "A menos que el empleado cubierto haya designado previamente a un médico personal o que se suspendan los derechos de designación previa, el administrador de reclamaciones deberá notificar al empleado cubierto los nombres, direcciones y números de teléfono de al menos tres médicos de tratamiento primario disponibles entre los que el empleado puede elegir". Este requisito exige que el administrador de reclamaciones proporcione una lista significativa de alternativas, no una sola referencia. Después de la primera cita, el trabajador lesionado puede cambiar de PTP: "Un empleado cubierto puede cambiar de médico de tratamiento primario dentro de la MPN en cualquier momento sin el permiso del administrador de reclamaciones".

El proceso de cambio de médico es administrativamente distinto de la selección inicial. Un empleado que desee cambiar de médico de una red de proveedores médicos (MPN) a otro debe notificar al administrador de reclamaciones (o, más comúnmente, al asistente de acceso médico) y seleccionar un nuevo médico de la lista disponible. A diferencia de los sistemas de organizaciones de atención médica (HCO), donde las transferencias están sujetas a aprobación clínica, las transferencias en las MPN dependen exclusivamente del empleado después de la primera consulta. Sin embargo, si el nuevo médico considera que el caso está fuera de su ámbito de práctica, puede rechazar al paciente, lo que obliga al empleado a seleccionar otro proveedor.

Predesignación de médicos personales

Una de las excepciones más importantes al requisito obligatorio de MPN es la predesignación de un médico personal según la Sección 4600(d) del Código Laboral y la Sección 9783 del CCR. Un empleado puede predesignar a un médico personal en cualquier momento antes de que ocurra una lesión, y si la predesignación cumple con los requisitos legales, el médico predesignado se convierte en el médico tratante incluso si el empleador tiene un MPN. Los requisitos son restrictivos: el médico debe ser el "médico habitual" del empleado (definido como uno limitado a la práctica general o certificado/elegible por la junta en especialidades de medicina interna, pediatría, obstetricia-ginecología o medicina familiar), el médico debe haber "dirigido previamente su tratamiento médico y conservado sus registros médicos", el empleado debe tener cobertura de atención médica no ocupacional vigente a través del mismo médico, y tanto el empleado como el médico deben haber notificado por escrito al empleador antes de que ocurra la lesión.

El formulario de predesignación, Formulario DWC 9783, está disponible en inglés y español y debe ser completado, firmado y entregado al empleador por el empleado. Se requiere la firma del médico en el formulario, aunque la normativa permite otra prueba de su conformidad si el médico no lo firma directamente. La predesignación ofrece una protección significativa para los empleados que mantienen una relación de larga data con sus médicos de cabecera y desean evitar la asignación a una Red de Proveedores Médicos (MPN). Sin embargo, el requisito de que el médico dé su consentimiento por escrito puede representar un obstáculo si los médicos no están dispuestos a comprometerse a tratar lesiones laborales o si ejercen en entornos (como modelos de pago por servicio o ciertos planes de atención administrada) donde el tratamiento de compensación laboral no está integrado en su práctica.

Es importante distinguir entre los médicos predesignados que pertenecen a la Red de Médicos Protegidos (MPN, por sus siglas en inglés) y los que no. Si un empleado predesigna a un médico que pertenece a la MPN de su empleador, puede recibir atención de dicho médico, pero el episodio seguirá sujeto a las normas de la MPN en cuanto a derivaciones a especialistas, revisión de la utilización de servicios y mecanismos de resolución de disputas. Si el médico predesignado no pertenece a la MPN, opera completamente fuera de su marco, sujeto únicamente a las normas generales de tratamiento médico para compensación laboral y a los requisitos de revisión de la utilización de servicios que se aplican a todos los tratamientos fuera de la MPN.

Remisiones de especialistas y autoridad para remitir casos

El acceso de los trabajadores lesionados a la atención especializada dentro de las Redes de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés) se rige tanto por las regulaciones de las MPN como por los requisitos tradicionales de revisión de utilización de la compensación laboral. Cuando un médico tratante principal de una MPN remite a un trabajador lesionado a un especialista, la remisión ingresa al sistema de revisión de utilización. Si el médico remitente carece de privilegios de especialista dentro de la MPN, o si el especialista remitido está fuera de la MPN, surgen dudas sobre si se aplican los estándares de acceso de la MPN y si el administrador de reclamaciones puede denegar la remisión por motivos de pertenencia a la MPN.

La Sección 9767.5(i) del CCR aborda este escenario: "Si el médico tratante principal remite al empleado cubierto a un tipo de especialista no incluido en la MPN, el empleado cubierto puede seleccionar un especialista fuera de la MPN". Esta disposición crea una laguna crucial: si el PTP identifica una necesidad clínica de consulta con un especialista en un campo donde la MPN no tiene proveedores (o donde el MAA no puede programar una cita dentro de los plazos requeridos), el empleado tiene derecho a buscar al especialista fuera de la red. El administrador de reclamaciones aún puede aplicar la revisión de utilización al tratamiento propuesto por el especialista, pero no puede denegar la remisión fuera de la MPN basándose únicamente en la pertenencia a la MPN.

El proceso de selección de un especialista cuando existen múltiples opciones dentro de la Red Médica Protegida (MPN) se rige por los estándares de acceso a especialistas, tal como se aclara en la decisión Murillo mencionada anteriormente. Si un campo de especialización está disponible dentro de la MPN y cumple con el estándar de acceso de treinta millas/sesenta minutos, generalmente se exige al empleado que seleccione entre los especialistas de la MPN, aunque el mínimo de tres médicos garantiza una elección significativa.

Segunda y tercera opinión

El derecho de un trabajador lesionado a obtener una segunda y tercera opinión dentro de una red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) está establecido en la Sección 4616.3(c) del Código Laboral: "Si un empleado lesionado discrepa del diagnóstico o del tratamiento prescrito por el médico tratante, puede solicitar la opinión de otro médico de la red. Si el empleado lesionado discrepa del diagnóstico o del tratamiento prescrito por el segundo médico, puede solicitar la opinión de un tercer médico de la red". La normativa no exige una objeción específica y expresa al criterio clínico del médico tratante; en la reciente decisión *In re Williamson v. Claims Administrator*, la Junta de Apelaciones de Compensación Laboral (WCAB, por sus siglas en inglés) aclaró que "el hecho de que el solicitante no expresara una objeción específica al diagnóstico y las recomendaciones de tratamiento del médico tratante no le impedía obtener una segunda opinión".

El proceso de segunda opinión se detalla en la Sección 9767.7 del CCR. La responsabilidad del empleado consiste en: (1) notificar al empleador o al administrador de reclamaciones sobre la disputa por escrito o verbalmente; (2) seleccionar un médico de una lista de proveedores de MPN disponibles proporcionada por el empleador; y (3) programar una cita dentro de los sesenta días posteriores a la recepción de la lista de proveedores. La responsabilidad del empleador incluye proporcionar "al menos una lista regional de proveedores y/o especialistas de MPN" apropiada para la disputa, informar al empleado sobre su derecho a solicitar expedientes médicos y notificar al médico que emitirá la segunda opinión sobre la naturaleza de la disputa. Si el empleado no programa la cita dentro de los sesenta días, se considerará que renuncia al derecho a la segunda opinión con respecto a esa disputa en particular.

El médico que emite una segunda opinión proporciona un dictamen escrito sobre el diagnóstico o tratamiento en disputa y puede recomendar alternativas. Si el médico determina que el caso excede su ámbito de práctica, el empleador debe proporcionar una nueva lista de médicos disponibles para que el empleado elija. Es importante destacar que la consulta de segunda opinión no requiere revisión de utilización ni autorización previa; se trata de un derecho legal que puede ejercerse independientemente de si la recomendación del médico tratante ha sido autorizada.

Si el empleado no está de acuerdo con las conclusiones del segundo médico, puede solicitar una tercera opinión siguiendo el mismo procedimiento. Si el empleado tampoco está de acuerdo con la tercera opinión, el último paso es solicitar una Revisión Médica Independiente de la Red de Proveedores Médicos (MPN-IMR) conforme a la Sección 4616.4 del Código Laboral y las Secciones 9768.1-9768.9 del Código de Reglamentos de California (CCR). El proceso de MPN-IMR difiere del proceso estándar de revisión de utilización (IMR); es específico para disputas que surgen en contextos de MPN e implica la selección de un revisor médico independiente de un panel especializado, teniendo en cuenta la preferencia del empleado por la proximidad geográfica (dentro de un radio de treinta millas, con radios de búsqueda cada vez mayores si es necesario).

Cobertura por lesiones físicas y enfermedades laborales

Lesiones laborales agudas y el papel de las MPN

La ley de compensación laboral de California reconoce las lesiones laborales como cualquier lesión que surja o ocurra durante el desempeño de las funciones laborales, ya sea aguda o acumulativa. Para lesiones agudas (como una laceración en la mano causada por un equipo, una distensión de espalda por levantar peso o una fractura de pierna por una caída), la Red Médica Protegida (MPN, por sus siglas en inglés) sirve como puerta de entrada a la atención médica. Una vez que un empleador establece una MPN aprobada, los trabajadores lesionados con lesiones agudas deben recibir tratamiento a través de la MPN, a menos que hayan designado previamente a un médico personal o se encuentren dentro de alguna otra excepción legal.

Los tipos de lesiones agudas que se tratan con mayor frecuencia en las redes médicas especializadas (NME) incluyen lesiones ortopédicas traumáticas (fracturas, luxaciones, desgarros de ligamentos), lesiones por aplastamiento, quemaduras, laceraciones laborales y traumatismos neurológicos agudos. La composición de la NME debe reflejar estas lesiones comunes mediante la disponibilidad de cirujanos ortopédicos, médicos de urgencias y otros especialistas en traumatología. En los sectores de la construcción, la agricultura y la industria manufacturera, la NME suele contar con recursos ortopédicos más amplios que en las industrias de oficina.

El proceso de tratamiento para una lesión aguda dentro de una Red Médica Protegida (MPN) comienza con la primera consulta médica en una sala de emergencias, centro de atención de urgencias o consultorio de un médico de atención primaria aprobado por la MPN. El proveedor documenta la lesión, realiza exámenes iniciales y estudios de imagen, e inicia el tratamiento. Si se requiere hospitalización, la excepción de atención de emergencia de la MPN (Sección 9767.5(j) del CCR) permite el tratamiento en cualquier hospital sin restricciones de la MPN, aunque la atención hospitalaria posterior queda bajo la jurisdicción de la MPN. Una vez que la fase aguda se estabiliza y el trabajador entra en recuperación y rehabilitación, el marco de la MPN regula la atención continua, las consultas con especialistas y la autorización de estudios de imagen avanzados, procedimientos quirúrgicos y servicios auxiliares.

Enfermedades profesionales y afecciones por traumatismos acumulativos

Las enfermedades profesionales —afecciones derivadas de la exposición repetida a riesgos laborales en lugar de un solo accidente— se rigen por la Sección 5307.1 del Código Laboral (actualmente Sección 5307) y establecen requisitos probatorios diferentes a los de las lesiones agudas, pero se rigen por el mismo marco de la NMP (Número Máximo de Probabilidad) una vez que la enfermedad se acepta como indemnizable. Las afecciones por trauma acumulativo, como el síndrome del túnel carpiano por teclear repetidamente, la epicondilitis por agarrar objetos repetidamente o la distensión lumbar por levantar objetos pesados de forma prolongada, representan la mayoría de las reclamaciones por enfermedades profesionales en muchos sectores.

El tratamiento de las enfermedades profesionales en las neoplasias mieloproliferativas requiere especialistas formados en medicina del trabajo. Por ejemplo, un trabajador lesionado con síndrome del túnel carpiano relacionado con el trabajo normalmente requeriría una evaluación por parte de un médico especialista en medicina laboral o un cirujano de mano que comprenda la relación entre las actividades laborales y la afección. El requisito de la MPN de incluir a "proveedores de servicios de salud ocupacional y especialistas que puedan tratar las lesiones comunes que sufren los empleados lesionados cubiertos según el tipo de ocupación o industria en la que trabajan" aborda directamente estos casos de trauma acumulativo.

En la sentencia Murillo se observa un matiz importante con respecto a la selección de especialistas en casos de enfermedades profesionales. Un empleado con una afección laboral que requiere atención especializada debe demostrar, si se le cuestiona, que el especialista está tratando una afección derivada de la lesión laboral. Se aplica el criterio de acceso a especialistas (treinta millas/sesenta minutos), no el criterio más restrictivo de atención primaria, pero la red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) debe incluir especialistas que traten la afección médica pertinente.

Servicios auxiliares y cobertura de proveedores no médicos

Más allá de la atención médica, las redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) deben cubrir los servicios auxiliares: diagnóstico por imágenes, fisioterapia, terapia ocupacional, equipo médico duradero (EMD), atención médica domiciliaria y otros servicios no médicos. La Sección 9767.5(d) del Código de Reglamentos de California (CCR, por sus siglas en inglés) aborda la disponibilidad de servicios auxiliares: "Si una MPN proporciona servicios auxiliares y estos servicios o bienes no están disponibles en un plazo razonable o en un área geográfica razonable para un empleado cubierto, entonces el empleado puede obtener los servicios auxiliares necesarios fuera de la MPN dentro de un área geográfica razonable". Esta disposición permite a las MPN proporcionar servicios integrales, incluida la atención auxiliar, sin imponer los mismos estándares de acceso estrictos que rigen los servicios médicos.

Históricamente, la ley de compensación laboral de California ha permitido que una amplia gama de profesionales de la salud afines brinden tratamientos compensables. Los quiroprácticos y acupunturistas están específicamente contemplados en las regulaciones de las Redes de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés). La Sección 9767.1 del Código de Reglamentos de California (CCR, por sus siglas en inglés) exige que "las MPN deben incluir a acupunturistas y quiroprácticos como proveedores si son utilizados habitualmente por los empleados que reciben tratamiento". Este requisito específico del sector refleja el reconocimiento de que ciertas ocupaciones dependen en gran medida de la atención quiropráctica para afecciones musculoesqueléticas. Por el contrario, una MPN que atiende a empleados de oficina podría justificar recursos quiroprácticos limitados si la población de empleados tiene una baja utilización de dichos servicios.

La atención complementaria representa una parte sustancial de los costos médicos de la compensación laboral, estimada en aproximadamente el treinta por ciento del gasto médico total en el sector. Las principales categorías incluyen fisioterapia y terapia ocupacional, que abordan la recuperación funcional y la reincorporación al trabajo; diagnóstico por imágenes (radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada, ecografía), que orienta las decisiones de tratamiento; equipos y suministros médicos duraderos (ortesis, soportes, muletas); servicios de atención médica domiciliaria para trabajadores inmovilizados o con discapacidades graves; y servicios de rehabilitación vocacional. Estos servicios son esenciales para lograr el doble objetivo del sistema de compensación laboral: una atención médica adecuada y una reincorporación laboral oportuna.

La coordinación de los servicios auxiliares dentro de las redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) se gestiona a través de la estructura de la red. Algunas MPN subcontratan con redes especializadas de atención auxiliar (como las soluciones de atención auxiliar de CorVel o acuerdos similares con terceros), mientras que otras acreditan directamente a los proveedores auxiliares dentro de su red de médicos. La normativa permite esta flexibilidad siempre que los servicios cumplan con los estándares de disponibilidad y acceso. Un trabajador lesionado cuyo fisioterapeuta deba retrasar una cita más allá de plazos razonables puede acceder a fisioterapia fuera de la MPN, siendo el empleador quien seguirá asumiendo los costos.

Cobertura para lesiones laborales no físicas y psicológicas

Reconocimiento legal de las enfermedades profesionales y las reclamaciones relacionadas con el estrés.

La ley de California reconoce explícitamente las enfermedades profesionales derivadas de factores de estrés no físicos en el lugar de trabajo, aunque los requisitos de prueba son más estrictos que para las lesiones físicas. El artículo 3208.3 del Código Laboral establece que las lesiones por estrés son indemnizables "si el empleado demuestra con pruebas claras y convincentes que sufrió una enfermedad o lesión profesional causada por el estrés ocurrido en el desempeño de sus funciones laborales". La ley también exige que "el empleo por parte del empleador sea la causa predominante de la lesión o enfermedad". Este estándar de "causa predominante" y "pruebas claras y convincentes" impone un listón más alto que para las lesiones físicas, donde la causalidad a menudo puede establecerse mediante la proximidad temporal al evento laboral.

Los tipos de lesiones relacionadas con el estrés laboral reconocidas en la jurisprudencia incluyen trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastorno de estrés posttraumático (TEPT) y trastornos de adaptación derivados de circunstancias laborales. Los escenarios clásicos incluyen a los socorristas (policías, bomberos, paramédicos) expuestos a incidentes críticos o eventos traumáticos en el cumplimiento de su deber; trabajadores de la salud que experimentan una exposición acumulativa a traumas de pacientes o situaciones de cuidados críticos; empleados sometidos a acoso, discriminación o acciones laborales ilegales continuas; y empleados que enfrentan la pérdida repentina del empleo o acciones laborales adversas significativas.

Es importante distinguir entre las lesiones físicas que producen consecuencias psicológicas (lo que requiere demostrar que la lesión física causó los síntomas psiquiátricos) y las lesiones puramente psicológicas (lo que requiere demostrar que los factores estresantes en el lugar de trabajo causaron la lesión independientemente de cualquier traumatismo físico). Un trabajador de la construcción que sufre una lesión laboral, se somete a una cirugía, experimenta dolor crónico y desarrolla depresión a causa de dicho dolor crónico se enfrenta a un proceso probatorio diferente al de un trabajador que alega que las prácticas de gestión del estrés laboral causaron depresión sin que existiera una lesión física.

Cobertura de MPN y tratamiento de lesiones psicológicas

El sistema de compensación laboral de California ha ampliado progresivamente la aceptación de reclamaciones por lesiones psicológicas, y las MPN deben contemplar el tratamiento de estas afecciones. Los requisitos de proveedores de las MPN abordan la atención psicológica mediante la inclusión de psiquiatras y psicólogos. La Sección 9767.1 del CCR especifica que los proveedores con licencia deben estar incluidos en la MPN, y la ley enumera a los "psicólogos".

Entre los proveedores elegibles se incluyen médicos, cirujanos, acupunturistas, optometristas, dentistas, podólogos y quiroprácticos. Además, las redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) pueden incluir "proveedores de servicios auxiliares, como fisioterapeutas", pero el enfoque del tratamiento psicológico recae en el proveedor principal: el psiquiatra o psicólogo que realiza las evaluaciones y la terapia continua.

La autorización de tratamiento para lesiones psicológicas dentro de una Red Médica Protegida (MPN, por sus siglas en inglés) requiere que la lesión cumpla con la definición legal de enfermedad o lesión ocupacional según la Sección 5307 del Código Laboral (para afecciones derivadas de factores estresantes repetidos) o la Sección 3208.3 (para lesiones causadas por estrés). Una vez aceptada como indemnizable, el trabajador lesionado accede al tratamiento psicológico a través de la MPN de la misma manera que al tratamiento de lesiones físicas. El administrador de reclamaciones proporciona una lista de psiquiatras o psicólogos de la MPN, el empleado selecciona un proveedor y el tratamiento procede sujeto a una revisión de utilización de las intervenciones propuestas.

Los estándares de acceso de la MPN se aplican a la prestación de atención psicológica: el empleado debe poder acceder a un psiquiatra o psicólogo dentro de los límites geográficos y de tiempo establecidos. Para el tratamiento de salud mental primaria, se aplica el estándar de quince millas/treinta minutos; para los servicios psicológicos especializados (como la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma u otros tratamientos basados en la evidencia para el TEPT), se aplica el estándar de treinta millas/sesenta minutos para especialistas. Estos requisitos de distancia son particularmente importantes en casos de lesiones psicológicas, ya que la disponibilidad de profesionales con formación en trauma y especializados en TEPT ocupacional puede ser limitada en ciertas áreas geográficas.

Tratamiento físico-psicológico integrado y modelos de daño acumulativo

Muchas lesiones laborales incluyen componentes tanto físicos como psicológicos. Un trabajador con dolor crónico puede desarrollar ansiedad o depresión como consecuencia directa del dolor, las limitaciones funcionales que este impone o la duración del tratamiento. La red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) debe abordar ambos componentes simultáneamente, lo que requiere coordinación entre el médico especialista en dolor (generalmente cirujano ortopédico, especialista en manejo del dolor o fisiatra) y el psicólogo o psiquiatra que trata las secuelas psicológicas.

Los casos de trauma acumulativo relacionados con enfermedades profesionales suelen presentar componentes psicológicos. Un trabajador con décadas de estrés laboral repetitivo —como un profesor que se enfrenta a crecientes problemas de disciplina en el aula, una enfermera expuesta repetidamente a situaciones de cuidados críticos o un funcionario de prisiones sometido a violencia crónica en el lugar de trabajo— puede desarrollar trastornos psiquiátricos reconocidos. El requisito de causa predominante según la Sección 3208.3 exige evidencia clara de que el estrés laboral fue la causa predominante, y no vulnerabilidades de salud mental preexistentes o factores estresantes no laborales.

Requisitos para la calidad de la evaluación de la salud mental y los peritos

Para las reclamaciones por lesiones psicológicas en disputa, el marco de la MPN incorpora evaluaciones de evaluadores médicos calificados (QME) y, cuando corresponda, evaluaciones de evaluadores médicos acordados (AME). El médico evaluador (ya sea QME o AME) debe estar colegiado como médico (MD) o doctor en medicina osteopática (DO), no como psicólogo, aunque los psiquiatras pueden desempeñar las funciones de QME/AME. Los psicólogos pueden proporcionar opiniones médico-legales que respalden las reclamaciones de indemnización laboral mediante protocolos de evaluación especializados, a menudo coordinados con el proceso QME, pero la función de determinación médica formal está reservada a los médicos colegiados.

Para los trabajadores lesionados que buscan maximizar su indemnización por daños psicológicos, el testimonio de expertos en psicología suele ser fundamental. La jurisprudencia de California ha establecido que los psicólogos, trabajadores sociales y consejeros pueden proporcionar evidencia creíble que respalde los diagnósticos psiquiátricos y su causalidad. La evaluación debe abordar la limitación funcional del trabajador (utilizando instrumentos estandarizados como la Escala de Evaluación Global del Funcionamiento), la relación temporal entre los factores estresantes en el lugar de trabajo y la aparición de los síntomas, factores causales alternativos y eventos o condiciones específicas en el lugar de trabajo que causaron malestar.

Tipos de proveedores médicos y modalidades de tratamiento dentro de las redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés)

Especialidades médicas requeridas por la industria y el tipo de lesión.

Las regulaciones de MPN exigen que las MPN incluyan un "número y tipo de médicos adecuados" apropiados para la industria y los tipos de lesiones esperadas. Este requisito obliga a los solicitantes de MPN a analizar su

Se debe considerar la población de empleados cubierta y diseñar las redes en consecuencia. Por ejemplo, una red de proveedores médicos (MPN) que atienda a trabajadores de la construcción debe incluir cirujanos ortopédicos, cirujanos traumatólogos, cirujanos de mano y médicos de medicina laboral. Una MPN que atienda a empleados de oficina podría justificar una composición de especialidades diferente, con un mayor énfasis en medicina laboral, especialistas en ergonomía y atención psicológica.

En una red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés), los médicos de atención primaria suelen incluir internistas, médicos de familia y médicos de medicina laboral. Estos profesionales actúan como filtro del sistema, realizando evaluaciones iniciales, solicitando pruebas diagnósticas y determinando cuándo se requiere una consulta con un especialista. El requisito de contar con tres médicos de atención primaria disponibles en un radio de 24 kilómetros (30 minutos) garantiza que los trabajadores lesionados tengan opciones entre sus proveedores de atención primaria y no dependan de un solo médico.

Más allá de la atención primaria, las principales especialidades representadas en la mayoría de las redes de proveedores médicos incluyen cirugía ortopédica (para tratar fracturas, lesiones articulares y traumatismos musculoesqueléticos), cirugía general (para laceraciones, lesiones por aplastamiento y otros traumatismos que requieren intervención quirúrgica), neurocirugía (para lesiones de la médula espinal y traumatismos craneoencefálicos), urología (para lesiones ocupacionales del sistema genitourinario), oftalmología (para traumatismos oculares y lesiones oculares químicas), otorrinolaringología (para traumatismos de cabeza y cuello), psiquiatría y psicología (para lesiones psicológicas y afecciones relacionadas con el estrés), medicina física y rehabilitación/fisiatría (para la recuperación funcional y el manejo del dolor) y especialistas en manejo del dolor (incluidos anestesiólogos con credenciales en manejo del dolor).

Estatus profesional autorizado y ámbito de práctica

El marco legal permite que las redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) incluyan a otros profesionales además de los médicos. La Sección 4616(a)(1) del Código Laboral de California especifica que la MPN "deberá incluir a médicos", pero la Sección 9767.1 del Código de Reglamentos de California (CCR, por sus siglas en inglés) permite la inclusión de "médicos y proveedores de servicios médicos con licencia", que incluyen a "médicos, cirujanos, psicólogos, acupunturistas, optometristas, dentistas, podólogos y quiroprácticos". Cada una de estas categorías de proveedores tiene un ámbito de práctica definido según la ley de California.

En California, los psicólogos deben estar colegiados por la Junta de Psicología y poseer un doctorado (Ph.D. o Psy.D.). En el ámbito de la compensación laboral, los psicólogos pueden proporcionar evaluación psicológica, pruebas y terapia para lesiones y enfermedades ocupacionales. Sin embargo, no pueden recetar medicamentos (salvo en casos limitados según la ley de California), lo que genera una brecha para los trabajadores lesionados que requieren tanto asesoramiento psicológico como tratamiento farmacológico para afecciones psiquiátricas. Esta brecha se suele solucionar derivando al paciente a un psiquiatra (médico con especialización en psiquiatría y con capacidad para recetar medicamentos) para el manejo de la medicación, mientras el psicólogo continúa con la psicoterapia.

Los acupunturistas deben estar autorizados por la Junta de Acupuntura de California y, desde 2020, deben poseer una maestría en acupuntura o haber completado un mínimo de 3000 horas de formación. En el ámbito de la compensación laboral, la acupuntura es un tratamiento aprobado para ciertas afecciones, en particular el dolor musculoesquelético y las enfermedades profesionales. La Red de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés) debe incluir a los acupunturistas si son "de uso común entre los empleados que reciben tratamiento", lo que genera la obligación de incluir la acupuntura en las redes que atienden a poblaciones que probablemente utilicen este tratamiento.

Los quiroprácticos deben estar autorizados por la Junta Estatal de Examinadores de Quiropráctica y poseer un título de Doctor en Quiropráctica (DC). La ley de compensación laboral permite el tratamiento quiropráctico para lesiones ocupacionales musculoesqueléticas, con ciertas limitaciones (como la restricción de que un quiropráctico no puede ser el médico personal de un empleado después de que este haya recibido veinticuatro visitas quiroprácticas, a menos que el médico posea cualificaciones específicas). Las redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) que atienden a industrias de trabajo manual generalmente incluyen a quiroprácticos como parte del equipo de tratamiento musculoesquelético.

Los podólogos deben estar colegiados por el Consejo de Medicina Podiátrica y poseer un título de Doctor en Medicina Podiátrica (DPM). Se incluyen en las NMP (Números de Protección Médica) cuando se prevén lesiones en los pies y tobillos, lo cual es relevante para trabajadores en ocupaciones que implican estar de pie, subir escaleras o realizar esfuerzos repetitivos en los pies.

Los optometristas, que poseen un título de Doctor en Optometría (OD) y están autorizados por la Junta de Optometría, están incluidos para tratar las lesiones visuales derivadas de riesgos laborales como la exposición a productos químicos, las lesiones por cuerpos extraños o los traumatismos.

Proveedores de servicios auxiliares y especialistas en rehabilitación física

Además de médicos de atención primaria y especialistas, las redes de atención médica gestionadas (MPN, por sus siglas en inglés) incluyen extensas redes de proveedores de servicios auxiliares. Los fisioterapeutas y los terapeutas ocupacionales, con licencia del Consejo de Fisioterapia y del Consejo de Terapia Ocupacional, respectivamente, son esenciales para la misión de rehabilitación de las MPN. Estos profesionales suelen tener másteres (y cada vez más, doctorados en fisioterapia) y proporcionan rehabilitación funcional basada en la evidencia, destinada a restaurar la capacidad del trabajador y facilitar su reincorporación al trabajo.

Los proveedores de equipos médicos duraderos (EMD) ofrecen ayudas para la movilidad, aparatos ortopédicos, dispositivos ortopédicos y demás equipos médicos necesarios para la atención al paciente. Estos proveedores suelen estar acreditados por la MPN y deben mantener estándares de calidad y precios adecuados para garantizar que el costo de los EMD no sea excesivo en relación con el beneficio clínico.

Las agencias de atención médica a domicilio brindan atención de enfermería especializada, fisioterapia, terapia ocupacional y otros servicios a trabajadores lesionados que no pueden desplazarse para recibir atención ambulatoria. Estos servicios son especialmente importantes para trabajadores con movilidad reducida o que viven en zonas rurales alejadas de centros clínicos.

Los proveedores de servicios de diagnóstico (centros de imagen, laboratorios y centros de electromiografía [EMG]) están acreditados dentro de las Redes de Proteínas Médicas (MPN, por sus siglas en inglés) para garantizar la disponibilidad de las pruebas diagnósticas necesarias para orientar las decisiones de tratamiento. El papel de la MPN en la coordinación de los servicios de diagnóstico ayuda a evitar pruebas innecesarias o redundantes, al tiempo que garantiza el acceso a las pruebas de imagen y de laboratorio clínicamente indicadas.

Modalidades de tratamiento y criterios de necesidad médica

El alcance de los tratamientos disponibles a través de las Redes de Propósito Médico (MPN, por sus siglas en inglés) se rige por dos estándares: el Programa de Utilización de Tratamientos Médicos (MTUS, por sus siglas en inglés), establecido conforme a la Sección 5307.27 del Código Laboral, y, cuando el MTUS no se menciona o no es aplicable, las Guías de Práctica de Medicina Ocupacional del Colegio Americano de Medicina Ocupacional (ACOM, por sus siglas en inglés). Estas guías de tratamiento establecen qué intervenciones se consideran apropiadas para afecciones específicas, qué duración de tratamiento se prevé y cuándo la continuación del tratamiento requiere justificación mediante una revisión de la utilización.

En el caso de lesiones ortopédicas, las guías de la MTUS y la ACOM abordan las intervenciones no quirúrgicas (reposo, hielo, antiinflamatorios, fisioterapia, inyecciones), los puntos de decisión quirúrgica y los protocolos de rehabilitación. El tratamiento suele comenzar con un manejo conservador antes de recurrir a la cirugía, aunque las lesiones agudamente inestables pueden requerir cirugía en una etapa más temprana.

En lo que respecta al tratamiento del dolor, las guías abordan el uso apropiado de medicamentos analgésicos, procedimientos intervencionistas para el dolor (inyecciones articulares, bloqueos nerviosos, estimulación de la médula espinal) y enfoques psicológicos para el dolor. La crisis de los opioides ha provocado restricciones en la prescripción a largo plazo de opioides en las indemnizaciones laborales, y las directrices actuales hacen hincapié en el tratamiento multimodal del dolor y la recuperación funcional.

En el caso de las enfermedades profesionales y las lesiones por traumatismos acumulativos, los protocolos de tratamiento contemplan modificaciones ergonómicas, modificación de la actividad, intervenciones terapéuticas y opciones quirúrgicas cuando los enfoques conservadores fracasan. Las guías basadas en la evidencia tienden a ser más conservadoras para las enfermedades profesionales que para las lesiones agudas, lo que refleja el reconocimiento de que estas afecciones suelen tener una evolución prolongada que requiere un tratamiento extenso.

Para las lesiones psicológicas, los protocolos de tratamiento incluyen modalidades de psicoterapia (terapia cognitivo-conductual, terapia centrada en el trauma, terapia de aceptación y compromiso), medicamentos psicotrópicos y rehabilitación orientada a recuperar la capacidad funcional y reincorporarse al trabajo. Las guías de MTUS y ACOM para lesiones psicológicas son menos prescriptivas que las de lesiones físicas, lo que refleja la naturaleza individualizada del tratamiento de la salud mental.

Redes de proveedores médicos por compañía aseguradora y variaciones estructurales

Principales compañías aseguradoras y diseños de MPN personalizados

El mercado de compensación laboral de California incluye múltiples compañías de seguros que operan redes de proveedores médicos (MPN) aprobadas. A febrero de 2026, la lista activa de MPN de la División de Compensación Laboral identifica más de 2400 MPN individuales en todo el estado. Sin embargo, la gran mayoría están inactivas, suspendidas o canceladas, lo que deja aproximadamente 194 MPN activas administradas por empleadores y aseguradoras. Entre las aseguradoras más importantes con una presencia significativa en el norte de California se encuentran State Fund California (el fondo estatal de seguros de compensación laboral), Hartford Fire Insurance Company, CorVel, Coventry Health Care, PMA Companies y numerosas aseguradoras regionales y especializadas.

Cada aseguradora principal estructura su red de proveedores de seguros (MPN) de manera diferente según su filosofía de suscripción, su base de clientes y su cobertura geográfica. State Fund California, como aseguradora estatal que presta servicios a empleadores sin seguro privado, mantiene una MPN geográficamente integral que cubre todas las regiones de California con servicios integrados de medicina ocupacional. Las aseguradoras privadas suelen diferenciar sus ofertas de MPN según la especialización sectorial. La MPN de Hartford incluye redes especializadas para la construcción, la atención médica, la manufactura y otras industrias de alto riesgo. Las aseguradoras especializadas en responsabilidad profesional o en profesionales de altos ingresos pueden ofrecer redes más pequeñas y selectivas que priorizan la atención musculoesquelética y los servicios psicológicos.

Administración por terceros y relaciones con proveedores de MPN

El marco regulatorio permite que las entidades que prestan servicios de redes médicas establezcan dichas redes en nombre de aseguradoras o empleadores. En la práctica, esto ha generado relaciones complejas con los proveedores. Los principales administradores externos (TPA), como Sedgwick, Broadspire y otros, suelen subcontratar a proveedores especializados de redes médicas para gestionar las operaciones de la red. Una misma aseguradora puede utilizar distintos proveedores de redes médicas en diferentes regiones o para distintos grupos de clientes, lo que genera confusión respecto a la red médica aplicable, la información de contacto correcta del asistente de acceso médico y el directorio de proveedores.

Esta estructura compleja ha generado problemas significativos para los trabajadores lesionados. En algunos casos documentados, el formulario inicial de notificación de lesiones del empleador identifica una Red de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés) e información de contacto, pero dicha información es inexacta o remite a un proveedor que ya no gestiona esa MPN. Los trabajadores lesionados y sus representantes deben navegar por un entorno confuso para identificar la entidad MPN correcta, localizar directorios de proveedores que funcionen y contactar con la Autoridad de Asistencia Médica (MAA, por sus siglas en inglés). Este problema de navegación afecta tanto a la identificación inicial de los proveedores disponibles como a las disputas posteriores sobre si la MPN cumple con los estándares de acceso.

Requisitos de geocodificación y documentación de cumplimiento de la norma de acceso

A partir de las enmiendas reglamentarias vigentes en 2014, la DWC implementó un requisito de geocodificación para las solicitudes y revalidaciones de MPN. Las MPN que solicitan la aprobación ahora deben presentar resultados de geocodificación electrónica que demuestren que sus redes de proveedores cumplen con los estándares de acceso en función de la ubicación. Las presentaciones de geocodificación requeridas incluyen archivos de Excel separados que muestran: (1) una lista completa de códigos postales en el área de servicio de la MPN; (2) un análisis de si hay al menos tres médicos de atención primaria disponibles dentro del estándar de quince millas desde el centro de cada código postal; (3) un análisis de la ubicación de hospitales y proveedores de atención de emergencia; (4) un análisis de la disponibilidad de especialistas; y (5) la identificación de cualquier código postal donde no se cumplan los estándares de acceso.

Este requisito de geocodificación, en teoría, genera responsabilidad en el cumplimiento de los estándares de acceso por parte de las MPN (Redes de Proveedores Médicos). Una MPN no puede afirmar que cumple con los estándares mediante declaraciones generales sobre la disponibilidad de proveedores; debe proporcionar datos geográficos detallados que demuestren que se cumplen los requisitos de acceso en ubicaciones específicas.

Sin embargo, la precisión de los datos depende de la información proporcionada por el proveedor y, como se explica más adelante, muchas redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) mantienen directorios de proveedores desactualizados que incluyen médicos inactivos o fallecidos.

Directorios electrónicos y sistemas de verificación de proveedores

Las redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) están obligadas a mantener directorios de proveedores accesibles para los empleados cubiertos. La normativa exige que las MPN proporcionen "un directorio impreso o electrónico, disponible para cada empleado cubierto que lo solicite, con los nombres, direcciones, números de teléfono y especialidades de todos los médicos y otros proveedores de la MPN disponibles para atender a los empleados cubiertos". Además, el directorio "deberá incluir el nombre y la dirección de cada hospital o centro de atención médica de emergencia en la MPN" e información sobre cómo los trabajadores lesionados pueden acceder al asistente de acceso médico.

En la práctica, los directorios de proveedores de MPN existen en múltiples formatos: directorios impresos enviados por correo a los empleadores, directorios en PDF en el sitio web de la MPN, bases de datos consultables accesibles a través del portal del proveedor de la MPN y listados electrónicos disponibles a través de plataformas de terceros. La calidad y la actualidad de estos directorios varían considerablemente. Algunas aseguradoras mantienen directorios actualizados en tiempo real; otras operan con listas de proveedores desactualizadas que incluyen médicos que ya no participan en la MPN o que se han jubilado.

El problema se agrava por las relaciones con los proveedores descritas anteriormente. Un trabajador lesionado que desee acceder al directorio de proveedores de la Red de Protección Médica (MPN) del Fondo Estatal puede visitar el sitio web del Fondo Estatal y encontrar un directorio; el empleador del mismo trabajador puede recibir un directorio diferente de un administrador externo; y el ajustador de siniestros que gestiona el caso puede consultar otro directorio mantenido por el proveedor de gestión de la MPN de un administrador externo. Estas múltiples versiones del directorio "oficial" suelen contener discrepancias.

Variaciones de la red a nivel regional y sectorial

Las redes de proveedores de servicios (MPN, por sus siglas en inglés) suelen variar según la región geográfica y el sector al que prestan servicio. La lista de MPN activas de la DWC muestra una concentración significativa de redes aprobadas en áreas urbanas, especialmente en el Área de la Bahía, el área metropolitana de Los Ángeles y el Valle Central, mientras que las opciones de red son más escasas en las regiones rurales. Algunas MPN operan en todo el estado; otras se limitan a regiones o condados específicos.

Las redes de proveedores médicos (MPN) específicas para cada sector incluyen redes diseñadas para la construcción, la agricultura, el transporte, la atención médica y otros sectores de alto riesgo. Una MPN para la construcción podría incluir más cirujanos ortopédicos, médicos de medicina laboral y especialistas en salud ocupacional que una red que atiende a trabajadores administrativos. La flexibilidad en el diseño de la red, si bien facilita la gestión médica específica para cada sector, también genera complejidad para los trabajadores lesionados que desconocen la clasificación sectorial de su empleador dentro del marco de la MPN.

Mecanismos de resolución de disputas y procesos de revisión médica independiente

Revisión de la utilización y resolución inicial de disputas

Cuando el médico tratante de un trabajador lesionado recomienda un tratamiento médico, el administrador de reclamaciones realiza una revisión de utilización (RU) para determinar si el tratamiento cumple con los estándares de necesidad médica según las directrices de tratamiento aplicables. La revisión de utilización es distinta de la revisión de la afiliación a la red de proveedores médicos (MPN); un proveedor tratante puede estar autorizado a brindar tratamiento incluso si no es miembro de la MPN, y viceversa, la afiliación a la MPN no garantiza la autorización de todos los tratamientos propuestos.

Si el administrador de reclamaciones deniega o modifica la autorización de tratamiento mediante la Revisión de Utilización (RU), el trabajador lesionado y el médico tratante reciben una Explicación de la Revisión (EOR) que detalla los motivos de la denegación y hace referencia a las directrices aplicadas. Dentro de los treinta días posteriores a la recepción de la denegación de la RU, el trabajador puede solicitar una Revisión Médica Independiente (RU-IMR) conforme a la Sección 4610.6 del Código Laboral. Este proceso de RU-IMR es distinto de la revisión médica independiente específica para la NMP (NMP-IMR) que se describe a continuación.

El proceso UR-IMR implica la presentación de una solicitud a Maximus (contratada por el estado para administrar las revisiones médicas internacionales), la asignación de un médico especialista en revisión médica independiente (IMR) de un panel de médicos licenciados y certificados en la especialidad correspondiente, y la decisión del médico especialista en un plazo de treinta días a partir de la recepción de toda la documentación médica pertinente. El médico especialista en IMR debe seguir las directrices de tratamiento médico y emitir una decisión sobre si el tratamiento en cuestión es médicamente necesario. Si el médico especialista en IMR considera que el tratamiento es necesario, el administrador de reclamaciones debe autorizarlo en un plazo de cinco días hábiles.

Proceso de segunda y tercera opinión dentro de la MPN

La resolución de disputas específica de la MPN comienza con el proceso de segunda opinión descrito anteriormente en la Sección 9767.7 del CCR. Un trabajador lesionado que discrepe del diagnóstico o tratamiento del médico tratante puede solicitar una segunda opinión de otro médico de la MPN. Este derecho a la segunda opinión está regulado por ley y no requiere que se haya denegado previamente la UR; un trabajador lesionado puede ejercer este derecho de forma proactiva sin esperar una decisión de autorización.

El proceso requiere que el empleador proporcione una lista de al menos tres médicos especialistas en neoplasias mieloproliferativas (NMP) disponibles y adecuados para la controversia. El empleado selecciona uno, notifica al empleador la fecha de la cita y se procede a la segunda opinión. El médico que emite la segunda opinión elabora un dictamen por escrito dentro de los veinte días posteriores a la cita, abordando el diagnóstico o tratamiento en disputa y proponiendo enfoques alternativos si procede.

Si el empleado no está de acuerdo con la segunda opinión, puede solicitar una tercera opinión siguiendo los mismos procedimientos. El médico que emite la tercera opinión vuelve a proporcionar conclusiones por escrito y recomendaciones alternativas. Cabe destacar que la normativa no permite una cuarta opinión ni posteriores; una vez emitida la tercera, se agota el proceso de resolución de disputas dentro del marco de la NMP (a menos que el empleado opte por recurrir a la UR-IMR).

Revisión médica independiente de MPN (MPN-IMR)

Si el empleado impugna las conclusiones del médico que emite una tercera opinión, el siguiente paso es la Revisión Médica Independiente de MPN según la Sección 4616.4 del Código Laboral y las Secciones 9768.1-9768.9 del CCR. La MPN-IMR es un proceso distinto de la UR-IMR, que implica la selección de un revisor médico independiente de un panel especializado, la notificación por escrito al empleado de la identidad del revisor y la oportunidad para que el empleado presente objeciones por conflictos de intereses.

El proceso de selección del director administrativo prioriza la proximidad geográfica: «Si el empleado en cuestión solicita un examen presencial, el director administrativo seleccionará aleatoriamente a un médico del panel de revisores médicos independientes disponibles, con la especialidad adecuada, cuyo consultorio se encuentre a menos de 48 kilómetros (30 millas) del domicilio del empleado, para que actúe como revisor médico independiente». Si solo hay un médico cualificado a menos de 48 kilómetros, se selecciona a dicho médico. Si no hay ninguno a menos de 48 kilómetros, la búsqueda se amplía en incrementos de 8 kilómetros (5 millas) hasta encontrar un médico.

Una vez asignado, el médico del MPN-IMR dispone de hasta treinta días para programar una consulta presencial (si el empleado lo solicita) o realizará una revisión del expediente (si el empleado solicita únicamente una revisión). El empleado puede contactar al IMR para solicitar una cita y dispone de sesenta días a partir de la recepción de su nombre para programarla; si no la programa dentro de ese plazo, el MPN-IMR pierde su derecho a hacerlo. La decisión del IMR se comunica al empleado, al médico tratante, al contacto del MPN y al administrador de reclamaciones, y determina si el diagnóstico o tratamiento en disputa es apropiado según los criterios de necesidad médica.

Interacción entre los procedimientos de disputa de MPN y la revisión de utilización

Surge una cuestión práctica respecto a la interacción entre la resolución de disputas específica de la MPN (segunda/tercera opinión y MPN-IMR) y el proceso general de revisión de utilización/UR-IMR. La normativa y la jurisprudencia aclaran que se trata de procesos paralelos, no secuenciales. Un trabajador lesionado puede solicitar segundas y terceras opiniones dentro de la MPN independientemente de si se ha emitido una denegación de UR. Por el contrario, si se ha denegado una recomendación de tratamiento mediante UR, el trabajador puede solicitar UR-IMR sin agotar el proceso de segunda/tercera opinión de la MPN.

Sin embargo, consideraciones prácticas sobre la secuencia de procedimientos sugieren que muchos trabajadores lesionados inicialmente buscan segundas y terceras opiniones en el marco de la Red de Propósito Médico (MPN) antes de recurrir a la Revisión de Necesidad Médica (UR-IMR), ya que el proceso de la MPN permite al trabajador seleccionar personalmente a los proveedores y puede ser más rápido. Alternativamente, un trabajador lesionado podría optar por la UR-IMR si el administrador de reclamaciones ya ha denegado la autorización, dado que el proceso de la UR-IMR aborda directamente la necesidad médica. La elección entre ambos procesos implica consideraciones estratégicas: el proceso de la MPN enfatiza la comparación de opiniones clínicas, mientras que la UR-IMR enfatiza la aplicación explícita de las guías de tratamiento.

Continuidad de la atención y transferencia de trabajadores lesionados a redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés)

Finalización del tratamiento para lesiones pre-MPN

Existe una importante protección para los trabajadores lesionados cuyas lesiones ocurrieron antes de que la cobertura de la Red de Proveedores Médicos (MPN) entrara en vigor o antes de que el empleador implementara la MPN. La Sección 4616.2 del Código Laboral y la Sección 9767.9 del Código de Reglamentos de California (CCR) abordan la situación en la que un proveedor de tratamiento no pertenece a la MPN recientemente implementada. En tales casos, el empleador podría estar obligado a permitir que el tratamiento se complete con el proveedor existente bajo ciertas circunstancias.

La Sección 9767.9(e) del CCR especifica las condiciones bajo las cuales se autoriza la finalización del tratamiento con un proveedor que no pertenece a la MPN: (1) una condición crónica grave según se define en la Sección 9767.9(e)(2) del CCR: una condición médica que persiste más allá de noventa días y requiere tratamiento continuo; (2) una enfermedad terminal según se define en la Sección 9767.9(e)(3) del CCR; (3) la realización de una cirugía o procedimiento autorizado y documentado como parte del curso de tratamiento del empleado, que debe ocurrir dentro de los 180 días posteriores a la fecha de entrada en vigor de la MPN; o (4) la transferencia de un empleado previamente lesionado a una MPN recientemente implementada donde la lesión no cumple con las definiciones de condición crónica o enfermedad terminal.

Para afecciones crónicas graves, se autoriza la finalización del tratamiento por un período de hasta un año "para completar un tratamiento aprobado por el empleador o la aseguradora" y "para gestionar la transferencia a otro proveedor dentro de la red de proveedores médicos, según lo determine la aseguradora, el empleador o la entidad que presta los servicios de la red médica". Este reconocimiento de las afecciones crónicas graves protege a los trabajadores lesionados que reciben tratamiento a largo plazo (como en el caso de dolor crónico, lesiones ortopédicas graves o afecciones psicológicas complejas) de la interrupción abrupta de la atención médica.

El proceso exige que el empleador o el administrador de reclamaciones notifique por escrito al trabajador lesionado, en inglés y español, la determinación médica sobre si su condición cumple con la excepción de continuidad de la atención. Si el trabajador lesionado impugna la determinación, alegando que su condición es en realidad una afección crónica grave, contraria a la postura del empleador, la disputa se resuelve conforme al artículo 4062 del Código Laboral (procedimientos para disputas médicas), y no a través de los mecanismos de resolución de disputas de la MPN.

Requisitos de la política de continuidad de la atención

Cada red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) debe incluir una política escrita de continuidad de la atención que aborde cómo la red gestionará las situaciones en las que los proveedores sean dados de baja o dejen de estar disponibles. La política debe especificar las circunstancias en las que los trabajadores lesionados pueden continuar el tratamiento con un proveedor dado de baja y el proceso para organizar transiciones seguras a proveedores que continúen dentro de la red.

La política de continuidad de la atención de PRISM MPN, incluida en las fuentes de investigación, ejemplifica los requisitos reglamentarios. Especifica que se autoriza la finalización del tratamiento con un proveedor cuyo contrato ha finalizado para afecciones crónicas graves (hasta doce meses), enfermedades terminales (durante su duración) y cirugías autorizadas dentro de los 180 días posteriores a la finalización del contrato. Además, la política aborda la compensación para los proveedores cuyos contratos han finalizado y que continúan prestando servicios: deben ser compensados a tarifas comparables a las de los proveedores con contrato vigente en la misma área geográfica, "a menos que el proveedor cuyo contrato ha finalizado y el empleador o su administrador de reclamaciones acuerden lo contrario".

Si el proveedor es despedido por causa justificada (medida disciplinaria, fraude o actividad delictiva), las protecciones de continuidad de la atención no se aplican y el trabajador lesionado debe pasar inmediatamente a un proveedor de la red. Esta excepción refleja el principio de que los trabajadores lesionados no deben verse obligados a continuar el tratamiento con proveedores sujetos a medidas disciplinarias.

Desafíos, limitaciones y barreras prácticas para la implementación

Problemas documentados con la precisión y la accesibilidad del directorio de proveedores.

A pesar de los requisitos reglamentarios para los directorios de proveedores, diversas fuentes documentan graves deficiencias en la precisión y accesibilidad de dichos directorios. Un estudio de caso detallado describe el intento de localizar a un proveedor elegible de la Red de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés) a través de múltiples canales: acceder a la lista oficial de la MPN del estado, navegar al sitio web de la MPN, encontrar solo páginas de inicio genéricas, intentar acceder a directorios de proveedores, encontrar funciones de búsqueda que no funcionan y, finalmente, no poder contactar con un Asistente de Acceso Médico que funcione a pesar de los repetidos intentos. El estudio de caso identifica un patrón en el que el administrador de reclamaciones, la aseguradora, la entidad de la MPN y varios proveedores externos mantienen versiones diferentes del directorio de proveedores o de la información de contacto, lo que genera frustración e impide que los trabajadores lesionados encuentren atención médica.

Otro problema documentado se refiere a los directorios de proveedores que incluyen médicos que ya no ejercen activamente. Las entradas geocodificadas pueden hacer referencia a médicos que se han jubilado, se han mudado a otros estados o han fallecido, lo que infla artificialmente la disponibilidad aparente de proveedores en un área geográfica determinada. El sistema actual de la DWC para monitorear la vigencia de los proveedores es insuficiente para prevenir estas imprecisiones.

El problema se agrava por la superposición de proveedores. Un trabajador lesionado asegurado por la Aseguradora A, cuya póliza de compensación laboral es administrada por la TPA B, cuyo MPN es gestionado por el Proveedor de MPN C, recibe información sobre el MPN de la aseguradora (que puede incluir información de contacto desactualizada) y del empleador (que puede incluir información diferente). El trabajador lesionado que llama al número de teléfono de la MAA indicado se comunica con una línea administrativa general que no puede brindar información específica sobre la disponibilidad del proveedor de MPN.

Supervisión del cumplimiento y la aplicación de la normativa por parte de la DWC.

Históricamente, la capacidad de la DWC para supervisar y garantizar el cumplimiento de las normas de las MPN ha sido limitada. La agencia cuenta con personal insuficiente en relación con el volumen de redes aprobadas y la complejidad de la verificación de los estándares de acceso. Si bien el requisito de geocodificación representa un avance significativo hacia la rendición de cuentas, la precisión de las geocodificaciones enviadas depende de la puntualidad y exactitud de las listas de proveedores presentadas por las MPN, una dependencia que presupone un cumplimiento de buena fe.

La agencia cuenta con herramientas de aplicación formal limitadas, más allá de la denegación de la renovación de la autorización MPN. En teoría, una autorización MPN que infrinja las normas de acceso podría ver su aprobación suspendida o cancelada, pero tales medidas son poco frecuentes. En cambio, las quejas sobre fallos en el acceso a la red MPN suelen resolverse mediante disputas individuales entre los trabajadores lesionados y los administradores de reclamaciones, recayendo sobre el trabajador lesionado la responsabilidad de documentar el fallo de acceso y buscar soluciones formales.

Las recientes modificaciones normativas, propuestas en febrero de 2025, sugieren que se reconocen estos problemas. La DWC ha manifestado su intención de solicitar comentarios de las partes interesadas sobre las actualizaciones propuestas a las regulaciones de MPN y las normas para la facturación de tratamientos médicos, sugiriendo posibles revisiones para abordar los problemas de cumplimiento documentados.

Disparidades geográficas y barreras de acceso a las zonas rurales

Las zonas rurales de California se enfrentan a problemas sistemáticos de acceso a las redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés). Muchos condados rurales cuentan con menos de diez MPN aprobadas y activas, y estas redes pueden tener una disponibilidad limitada de especialistas o tiempos de espera prolongados que superan los estándares reglamentarios. Las normas de acceso alternativas propuestas por las MPN que prestan servicios en regiones rurales intentan abordar esta situación, pero los trabajadores lesionados en áreas donde no se han aprobado dichas normas alternativas pueden encontrarse con dificultades para acceder a la atención médica necesaria dentro de los plazos habituales.

La región del norte de California incluye importantes zonas rurales, en particular las estribaciones de Sierra Nevada, la costa norte y las regiones del interior, donde la disponibilidad de proveedores de MPN sigue siendo una barrera práctica para el acceso.

Algunas redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) rurales han propuesto e implementado con éxito estándares alternativos que se adaptan a la realidad geográfica de la escasa distribución de médicos. Sin embargo, los trabajadores lesionados en regiones donde no se han implementado estos estándares alternativos podrían verse obligados legalmente a recorrer largas distancias para acceder a la atención médica que exige la MPN.

Discrepancias entre la membresía de MPN y el estado de autorización

Un problema documentado involucra a administradores de reclamaciones que niegan el pago por tratamientos brindados por médicos que supuestamente están fuera de la Red Médica Protegida (MPN), incluso cuando la MPN en cuestión no existe, no está aprobada actualmente o no incluye al proveedor en cuestión. En un caso documentado, un administrador de reclamaciones autorizó un tratamiento a través de la Revisión de Utilización (UR), pero luego negó el pago alegando que el proveedor no estaba en la MPN aplicable, a pesar de que los registros de la Comisión para la Compensación Laboral (DWC) mostraban que el solicitante de la MPN (la aseguradora) no tenía ninguna MPN aprobada.

Este patrón sugiere confusión (o, en ocasiones, tergiversación deliberada) respecto a la relación entre la pertenencia a una red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) y la autorización del tratamiento. La revisión de la utilización y la pertenencia a una MPN son, en teoría, determinaciones independientes: un tratamiento puede autorizarse mediante la revisión de la utilización independientemente de si el proveedor pertenece o no a una MPN, y, a la inversa, la pertenencia a una MPN no garantiza la autorización. Sin embargo, en la práctica, algunos administradores de reclamaciones utilizan la no pertenencia a una MPN como motivo secundario para denegar el pago, lo que genera confusión entre los proveedores.

Requisitos de tiempo y recursos para la resolución de disputas

Los múltiples procesos de disputa disponibles para los trabajadores lesionados: segundas y terceras opiniones dentro de la MPN, MPN-IMR, UR-IMR y, en última instancia, evaluación médico-legal según la Sección 4061 del Código Laboral.

4062: Requiere tiempo y esfuerzo administrativo. Un trabajador lesionado que impugna la recomendación de su médico tratante podría pasar meses buscando segundas y terceras opiniones, esperando la asignación y programación de la MPN-IMR, y luego presentando reclamaciones adicionales mediante la revisión de la utilización de servicios o procesos médico-legales. Durante este período, al trabajador lesionado se le podría negar el acceso al tratamiento en disputa, lo que podría retrasar su recuperación.

Los plazos de sesenta días para programar citas de segunda y tercera opinión y exámenes MPN-IMR pueden transcurrir rápidamente, especialmente si el empleado no realiza un seguimiento activo de los plazos o si el MPN o el MAA proporcionan información inexacta sobre los plazos. El incumplimiento de estos plazos conlleva la renuncia al mecanismo de resolución de disputas específico, lo que deja al empleado con opciones limitadas.

Conclusión y recomendaciones prácticas para navegar por el sistema MPN.

Resumen de los principales hallazgos

El sistema de Red de Proveedores Médicos de Compensación para Trabajadores de California representa un mecanismo significativo, aunque imperfecto, para la gestión de la atención médica ocupacional. El marco legal y reglamentario, basado en la Sección 4616 del Código Laboral y las regulaciones de implementación en las Secciones 9767.1 a 9767.19 del CCR, establece estándares de acceso obligatorios que, en teoría, garantizan que los trabajadores lesionados reciban atención oportuna de redes de proveedores suficientemente diversas. Los estándares de acceso —tres médicos de atención primaria disponibles en un radio de quince millas o treinta minutos, especialistas en un radio de treinta millas o sesenta minutos, disponibilidad de la primera cita en un plazo de tres días hábiles y disponibilidad de citas con especialistas en un plazo de veinte días hábiles— establecen parámetros medibles de adecuación.

En la práctica, el sistema funciona de manera desigual en las distintas regiones geográficas, tipos de lesiones y sistemas de cobertura de las aseguradoras. Las zonas urbanas con alta concentración de población generalmente cumplen con los estándares de acceso; las zonas rurales presentan deficiencias sistemáticas. Las lesiones laborales comunes (ortopédicas, medicina laboral) cuentan con redes de proveedores adecuadas; las subespecialidades pueden requerir que los pacientes se desplacen o busquen tratamiento externo.

Las grandes compañías de telecomunicaciones con una presencia significativa en California mantienen directorios de proveedores relativamente actualizados y servicios MAA funcionales; las compañías más pequeñas y los proveedores externos tienen dificultades con la precisión y la accesibilidad de los directorios.

Los mecanismos de resolución de disputas (segunda y tercera opinión dentro de la MPN, MPN-IMR y UR-IMR) brindan a los trabajadores lesionados vías formales para impugnar la denegación o la restricción inapropiada del tratamiento.

Sin embargo, estos procesos requieren tiempo, documentación y perseverancia. La responsabilidad de desenvolverse en el sistema, verificar la disponibilidad de los proveedores e iniciar reclamaciones formales cuando surgen obstáculos para acceder a él recae en gran medida sobre los trabajadores lesionados y sus representantes.

La cobertura para lesiones laborales físicas y no físicas (afecciones psicológicas, enfermedades profesionales) es obligatoria por ley y suele estar disponible dentro de las redes de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés), aunque la disponibilidad de proveedores especializados para afecciones relacionadas con el estrés laboral puede ser limitada en ciertas áreas. La integración de servicios complementarios (fisioterapia, terapia ocupacional, diagnóstico por imágenes, equipos médicos duraderos) dentro de las estructuras de las MPN favorece la recuperación funcional y el regreso al trabajo, si bien el acceso a estos servicios puede verse restringido por las limitaciones de las MPN.

Recomendaciones prácticas para trabajadores lesionados

Verifique el estado de la MPN con anticipación: Al sufrir una lesión laboral, los trabajadores lesionados deben confirmar si su empleador cuenta con una MPN aprobada. Para ello, comuníquense con el empleador, revisen los avisos de compensación laboral que hayan recibido y, si es necesario, consulten directamente la lista de MPN activas del Departamento de Compensación para Trabajadores (DWC). Conocer la MPN aplicable permite al trabajador saber qué proveedores tiene disponibles y qué mecanismos de resolución de disputas existen en caso de que surjan obstáculos para acceder a la información.

Comuníquese directamente con el Asistente de Acceso Médico: En lugar de depender de la información de contacto proporcionada por el empleador o de la selección de proveedores por parte del empleador, los trabajadores lesionados deben comunicarse proactivamente con el Asistente de Acceso Médico de la MPN dentro de los primeros días posteriores a la lesión. Explique claramente el tipo de lesión, solicite una lista de al menos tres proveedores disponibles y pregunte sobre la disponibilidad de citas. Documente la fecha y

hora de la llamada, nombre del representante de la MAA (si se proporcionó) y la lista de proveedores o la información recibida.

Documento todo: Mantenga registros detallados de todas las comunicaciones relacionadas con la selección de proveedores, la programación de citas y las barreras de acceso. Si el asistente médico autorizado no puede programar una cita dentro de los plazos legalmente establecidos (tres días hábiles para atención primaria, veinte días hábiles para especialistas), documente las fechas específicas de las solicitudes y los motivos de la indisponibilidad. Esta documentación es fundamental si el trabajador necesita posteriormente iniciar un proceso formal de resolución de conflictos o buscar atención médica externa.

Designación previa de un médico de cabecera antes de una lesión: Si trabaja y no está cubierto por una red de proveedores médicos (MPN), o si su puesto implica riesgo de lesiones, considere designar previamente a un médico de cabecera mediante el formulario 9783 de la DWC. Este formulario debe ser completado y firmado tanto por el empleado como por el médico antes de que ocurra cualquier lesión laboral. De ser así, el médico designado previamente se convertirá en el proveedor de atención médica, independientemente de los requisitos de la MPN.

Solicite proactivamente una segunda y tercera opinión: Si no está satisfecho con el diagnóstico o el tratamiento propuesto por su médico tratante, no espere a que se deniegue formalmente la solicitud de revisión de utilización (UR). En su lugar, haga uso de su derecho legal a obtener una segunda y tercera opinión, según lo estipulado en la Sección 4616.3 del Código Laboral. Notifique por escrito al administrador de reclamaciones, solicite una lista de al menos tres médicos de la Red de Profesionales Médicos (MPN) pertinentes para la disputa y seleccione un médico para la segunda opinión. Este proceso es más rápido que esperar la denegación de la UR y la posterior solicitud de revisión de utilización e investigación médica (UR-IMR).

Conozca sus derechos con respecto a los especialistas: Si le derivan a un especialista, confirme que este se encuentre dentro del radio de acceso de la Red Médica Protegida (30 millas/sesenta minutos). Si la Autoridad de Asistencia Médica (MAA) no puede programar una cita en un plazo de diez días hábiles, usted tiene derecho a recibir atención especializada fuera de la Red Médica Protegida, a cargo del empleador. Ejercer este derecho si es necesario para obtener atención médica oportuna.

Busque asistencia legal para reclamaciones complejas: Si sufre lesiones graves que requieren tratamiento prolongado, si padece enfermedades profesionales que requieren atención médica específica del sector o si sufre daños psicológicos que requieren prueba de causalidad, considere consultar con un abogado o defensor especializado en compensación laboral. Estos profesionales pueden guiarle a través de los mecanismos de resolución de conflictos, abogar por el acceso al tratamiento y coordinar las evaluaciones médico-legales que respalden su reclamación.

Recomendaciones prácticas para empleadores y administradores de reclamaciones

Mantener actualizados los directorios de proveedores: Verificar periódicamente que todos los médicos incluidos en la lista de proveedores de la red de proveedores médicos (MPN) estén activos, debidamente acreditados y dispuestos a tratar lesiones laborales. Implementar procedimientos para eliminar de los directorios a los médicos jubilados o reubicados dentro de los sesenta días posteriores a su partida. Proporcionar directorios actualizados a los empleados cubiertos al menos una vez al año.

Garantizar la funcionalidad del Asistente de Acceso Médico: Verificar que el servicio de Asistente de Acceso Médico esté operativo, que el personal asignado a sus funciones esté debidamente capacitado en los procedimientos de la Red de Proveedores Médicos (MPN) y que las comunicaciones del Asistente de Acceso Médico se documenten y registren por separado de las tareas de administración de reclamaciones. Implementar sistemas de seguimiento de llamadas para garantizar que las llamadas del Asistente de Acceso Médico se respondan en plazos razonables y que los empleados reciban información precisa y actualizada del proveedor.

Implementar análisis de geocodificación: Para las redes de proveedores médicos (MPN) que se acercan a los plazos de revalidación de cuatro años, comience el análisis de geocodificación con anticipación para identificar áreas geográficas donde no se cumplen los estándares de acceso. Desarrolle planes para agregar proveedores a las áreas con escasez de servicios o, si está justificado, proponga estándares de acceso alternativos con documentación que respalde las condiciones de escasez de atención médica.

Coordinación con proveedores externos: Si utiliza proveedores externos de MPN para gestionar las operaciones de la red, establezca mecanismos claros de rendición de cuentas. Exija a los proveedores que proporcionen listas de proveedores actualizadas a intervalos específicos, que mantengan los servicios de MAA en funcionamiento y que realicen un seguimiento del cumplimiento de los estándares de acceso. Realice auditorías periódicas del desempeño de los proveedores para verificar que los trabajadores lesionados puedan localizar y acceder a la atención médica.

Comuníquese claramente con los trabajadores lesionados: Proporcione información clara y detallada sobre la estructura de la Red de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés), la información de contacto de la Agencia de Asistencia Médica (MAA, por sus siglas en inglés) y el proceso para seleccionar proveedores. Asegúrese de que los avisos iniciales de lesiones incluyan información precisa y actualizada sobre cómo acceder a la atención médica. Ofrezca materiales y servicios en español que reflejen la diversidad de la fuerza laboral del estado.

Recomendaciones prácticas para profesionales de la salud

Verificar el estado de la red de proveedores médicos (MPN) antes del tratamiento: Antes de tratar a un trabajador lesionado, confirme si el paciente está cubierto por una MPN y, de ser así, si usted es un proveedor participante. Obtenga la confirmación de la membresía en la MPN y los procedimientos de autorización vigentes del administrador de reclamaciones. Aclare si aceptará el baremo de honorarios de la MPN y si se seguirán sus procedimientos de autorización previa.

Participación estratégica en redes de proveedores: Los médicos que estén considerando participar en una red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés) deben evaluar el volumen de pacientes, la adecuación de su tabla de tarifas, los procedimientos de autorización previa y los mecanismos de resolución de disputas. Las MPN que ofrecen una compensación inferior a la del mercado o procedimientos de autorización previa engorrosos podrían no justificar los costos administrativos.

Acceso a documentos y barreras para citas: Si los trabajadores lesionados se comunican con su oficina para solicitar citas, pero su agenda no permite atenderlos dentro de los plazos reglamentarios, documente las solicitudes y las barreras de programación. Si varios trabajadores lesionados no pueden acceder a su atención dentro de los plazos requeridos, esto indica que la red de proveedores médicos (MPN) podría estar subestimando la demanda y podría necesitar ampliar su capacidad de atención.

Direcciones regulatorias futuras

La reciente indicación de la DWC de que está considerando actualizaciones regulatorias a los requisitos de MPN y las normas de facturación de tratamientos médicos sugiere posibles novedades futuras. Los trabajadores lesionados y los empleadores deben estar atentos a las enmiendas propuestas para obtener aclaraciones sobre la aplicación de los estándares de acceso, la precisión del directorio de proveedores y la funcionalidad de MAA. Participar en los procesos de consulta con las partes interesadas de la DWC —a través de organizaciones de defensa, asociaciones profesionales o comentarios individuales— puede influir en la dirección de estas mejoras regulatorias.

La tensión fundamental que subyace al sistema MPN —el equilibrio entre la contención de costos para el empleador y el acceso y la libertad de elección del trabajador lesionado— probablemente seguirá generando atención regulatoria y judicial. A medida que el sistema evoluciona, los requisitos duales de acceso adecuado y libertad de elección de proveedor significativa deben seguir siendo fundamentales en cualquier modificación regulatoria.

Referencias

[1] Sección 4616 del Código Laboral de California

(https://leginfo.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

[2] Código de Reglamentos de California, Título 8, Secciones 9767.1-9767.19 (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_1.html)

[3] División de Compensación para Trabajadores, Lista de MPN activos (2 de febrero de 2026) (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/MPN-Active.pdf>)

[4] daisyBill, "El pozo negro de MPN de California: ¿Imposible por diseño?" (análisis de los fallos de accesibilidad y del directorio de MPN) (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-workers-comp>)

[5] División de Compensación para Trabajadores, "Redes de Proveedores Médicos" (https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwc_mpn_main.html)

[6] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(a) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

[7] PRISM Risk Simplified, "Redes de proveedores médicos (MPN)" (<https://www.prismrisk.gov/services/risk-control/toolbox/risk-simplified/prism-risk-simplified/medical-provider-networks-mpns/>)

[8] Sección 3208.3 del Código Laboral de California

(https://leginfo.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=3208.3); SF Stress, "Atención psicológica especializada para trabajadores lesionados" (<https://sfstress.com/workers-comp/>)

[9] daisyBill, "Requisitos de acceso a MPN de CA: ¿Realidad o espejismo?" (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-access-requirements>)

[10] daisyBill, "El pozo negro de MPN de California" (documentando fallas de accesibilidad de MAA) (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-workers-comp>)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(f) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(g) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.7(a)-(d) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_7.html)

Sección 4616 del Código Laboral de California (promulgada en 2003-2004) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

Sección 4616(a)(1) del Código Laboral de California (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

Sección 4616(a)(1) del Código Laboral de California: requisitos de composición para médicos (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

[4] Sección 4616(a)(1) del Código Laboral de California: estándares de adecuación de proveedores (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

Sección 4616(c) del Código Laboral de California: disposición contra la manipulación de contratos (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

Sección 4616(f) del Código Laboral de California: requisito de autorización médica (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Secciones 9767.1-9767.19 (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_1.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.15 (requisitos de geocodificación vigentes entre 2014 y 2018) (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9767.15>)

Sección 4616(b) del Código Laboral de California: disposición de aprobación tácita (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5 (normas de acceso) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(a)(1) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

[1] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(a)(2) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(a) (requisito de médico especialista) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(f) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

[8] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(g) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(g) - Opción alternativa de atención especializada externa (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(h) (Requisitos de la MAA) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

División de Compensación para Trabajadores, "Redes de Proveedores Médicos" (definición) (https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwc_mpn_main.html)

Sección 4616(a)(1) del Código Laboral de California: Propósito del MPN y estándares de diseño (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

División de Compensación para Trabajadores, "Respuestas a preguntas frecuentes sobre redes de proveedores médicos" (https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwc_mpn_faq.html)

[9] División de Compensación para Trabajadores, "DWC - Me lesioné en el trabajo - Atención médica" (<https://www.dir.ca.gov/dwc/medicalcare.htm>)

Sección 4616(b) del Código Laboral de California (proceso de aprobación de MPN) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.2 (requisitos de solicitud de MPN); Sección 9767.15 (requisitos de geocodificación) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_1.html)

Sección 4616(b) del Código Laboral de California (mecanismo de aprobación tácita) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.15(b) (período de aprobación de cuatro años y requisito de reaprobación) (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9767.15>)

División de Compensación para Trabajadores, "Respuestas a preguntas frecuentes sobre redes de proveedores médicos" (https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwc_mpn_faq.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.8 (Modificaciones de MPN) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_8.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(a)(1) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.15(b) (requisitos de geocodificación basados en análisis específicos de direcciones) (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9767.15>)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(j) (excepción de atención de emergencia) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(a)(2) (estándar de acceso para especialistas) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(a) (requisito de médico especialista) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Murillo v. Western National Group, 2021 Cal. Wrk. Comp. PD LEXIS 165 (WCAB 2021) (interpretación del estándar de acceso especializado) (<https://sullivanoncomp.com/blog/mpn-access-standards-if-an-employee-chooses-to-treat-with-a-specialist>)

Murillo contra Western National Group (interpretación del estándar de acceso a especialistas) (<https://sullivanoncomp.com/blog/mpn-access-standards-if-an-employee-chooses-to-treat-with-a-specialist>)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(a) (determinación de especialidad por parte del solicitante de MPN) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(f) (requisitos de plazos) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(g) (tiempos de atención especializada y alternativa de atención externa) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(g) (válvula de seguridad para citas con especialistas) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(c) (requisito de atención fuera de la red) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(b) (estándares de acceso alternativo para áreas desatendidas) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Sección 4616(a)(2) del Código Laboral de California (consideraciones para zonas rurales) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(h) (Requisitos y obligaciones de la MAA) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(h) (Distinción entre MAA y ajustador de siniestros) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

daisyBill, "El pozo negro de MPN de California" (estudio de caso detallado de fallas de accesibilidad de MAA) (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-workers-comp>)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.6(a) (requisito de selección inicial del médico) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_6.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.6(e) (derecho del empleado a cambiar el PTP) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_6.html)

Sección 4600(d) del Código Laboral de California (predesignación de médico personal); Título 8, Sección 9783 del Código de Reglamentos de California (formulario y requisitos de predesignación) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4600)

Formulario DWC 9783, "Predesignación de médico personal" (https://www.dir.ca.gov/dwc/forms/dwcform_9783.pdf)

División de Compensación para Trabajadores, "DWC - Me lesioné en el trabajo - Atención médica" (explicación de la predesignación) (<https://www.dir.ca.gov/dwc/medicalcare.htm>)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(i) (remisión a un especialista externo a la MPN) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Murillo v. Western National Group, 2021 Cal. Wrk. Comp. PD LEXIS 165 (estándares de acceso a especialistas) (<https://sullivanoncomp.com/blog/mpn-access-standards-if-an-employee-chooses-to-treat-with-a-specialist>)

Sección 4616.3(c) del Código Laboral de California (derecho a segunda y tercera opinión) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616.3)

En el caso Williamson contra Claims Administrator, WCAB (segunda opinión sin objeción específica articulada) (<https://www.sullivanattorneys.com/blog/requesting-consulting-physicians-mpn>)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.7(a)-(b) (procedimiento de segunda opinión) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_7.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.7(b) (responsabilidades del empleador respecto a una segunda opinión) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_7.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.7(f) (requisito de opinión escrita de un médico para una segunda opinión) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_7.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.7(c) (excepción al ámbito de práctica para médicos que emiten segundas opiniones) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_7.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.7(d) (procedimiento de tercera opinión) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_7.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9768.9(d) (Proceso de selección de MPN-IMR y consideración geográfica) (https://www.dir.ca.gov/t8/9768_9.html)

Sección 3600 del Código Laboral de California (definición de lesión laboral) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=3600)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(a)(2) (requisito de servicios de salud ocupacional) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

Murillo v. Western National Group, 2021 Cal. Wrk. Comp. PD LEXIS 165 (enfermedad profesional y acceso a especialistas) (<https://sullivanoncomp.com/blog/mpn-access-standards-if-an-employee-chooses-to-treat-with-a-specialist>)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.5(d) (excepción de accesibilidad a servicios auxiliares) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html)

División de Compensación para Trabajadores, "Respuestas a preguntas frecuentes sobre redes de proveedores médicos" (requisito de inclusión de quiroprácticos/acupunturistas) (https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwc_mpn_faq.html)

CorVel, "Soluciones de atención complementaria" (servicios complementarios que representan el 30% del gasto médico) (<https://www.corvel.com/services/workers-compensation/ancillary-care-solutions/>)

Sección 3208.3 del Código Laboral de California (compensabilidad por lesiones relacionadas con el estrés) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=3208.3)

Sección 3208.3 del Código Laboral de California (pruebas claras y convincentes y estándares de causa predominante) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=3208.3)

Sección 4616(a) del Código Laboral de California (tipos de proveedores elegibles); División de Compensación para Trabajadores, "Respuestas a preguntas frecuentes" (categorías de proveedores, incluidos los psicólogos) (https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwc_mpn_faq.html)

Sección 4061 del Código Laboral de California (Requisitos de QME para médicos con licencia) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4061)

Sección 4616(a)(1) del Código Laboral de California (requisito de número y tipo adecuados de médicos) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

División de Compensación para Trabajadores, "Respuestas a preguntas frecuentes sobre redes de proveedores médicos" (tipos y alcance de los proveedores) (https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwc_mpn_faq.html)

Sección 5307.27 del Código Laboral de California (Programa de Utilización de Tratamientos Médicos); División de Trabajadores Compensación por "Atención médica" (directrices de MTUS y ACOM) (<https://www.dir.ca.gov/dwc/medicalcare.htm>)

División de Compensación para Trabajadores, "Lista de MPN activos" (2 de febrero de 2026) (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/MPN-Active.pdf>)

daisyBill, "Requisitos de acceso a MPN de CA: ¿Realidad o espejismo?" (194 MPN mantenidos activamente frente a un total de 2486 en la lista) (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-access-requirements>)

Sección 4616 del Código Laboral de California (las entidades que prestan servicios de redes de médicos pueden establecer redes de proveedores médicos) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616)

daisyBill, "El pozo negro de MPN de California" (ejemplo de información de contacto incorrecta de MPN en un aviso de lesiones) (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-workers-comp>)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.15(b) (requisitos de geocodificación vigentes desde 2014) (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9767.15>)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.15(b) (presentación obligatoria de archivos de geocodificación) (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9767.15>)

División de Compensación para Trabajadores, "Respuestas a preguntas frecuentes sobre redes de proveedores médicos" (requisitos del directorio de proveedores) (https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwc_mpn_faq.html)

Sección 4610 del Código Laboral de California (procedimientos de revisión de utilización) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4610)

Sección 4610.6 del Código Laboral de California (Procedimiento y cronograma de solicitud de UR-IMR) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4610.6)

Derecho de lesiones personales en San Diego, "¿Qué es la revisión médica independiente (IMR)?" (Explicación del proceso UR-IMR) (<https://www.personalinjurylawsandiego.com/posts/what-is-independent-medical-review/>)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.7 (procedimientos de segunda y tercera opinión) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_7.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.7(b) (requisito del empleador de proporcionar una lista de proveedores para una segunda opinión) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_7.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.7(d) (el procedimiento de tercera opinión refleja el de segunda opinión) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_7.html)

Sección 4616.4 del Código Laboral de California (disponibilidad de MPN-IMR después de una tercera opinión); Título 8 del Código de Reglamentos de California, Secciones 9768.1-9768.9 (procedimientos de MPN-IMR) (https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?lawCode=LAB§ionNum=4616.4)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9768.9(d) (Proceso de selección de MPN-IMR que prioriza la proximidad geográfica) (https://www.dir.ca.gov/t8/9768_9.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9768.9(h) (Cronograma de programación de citas MPN-IMR) (https://www.dir.ca.gov/t8/9768_9.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9768.9(h) (plazo de sesenta días para contactar con IMR o renunciar al derecho) (https://www.dir.ca.gov/t8/9768_9.html)

Sullivan on Comp, "Solicitud de médicos consultores dentro de una MPN" (independencia de la segunda opinión del proceso UR) (<https://www.sullivanattorneys.com/blog/requesting-consulting-physicians-mpn>)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.9(e) (condiciones para completar el tratamiento con un proveedor que no pertenece a la red de proveedores médicos) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_9.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.9(e)(2) (definición de afección crónica grave y finalización del periodo de tratamiento) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_9.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.9(f) (requisito de notificación en inglés y español) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_9.html)

Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9767.10 (requisito de política de continuidad de la atención) (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_10.html)

PRISM MPN, "Política de continuidad de la atención" (ejemplo de documento de política de continuidad) (<https://prismmpn.prismrisk.gov/downloads/1163%20MPN%20Continuity%20of%20Care%20Policy-%20English.pdf>)

PRISM MPN, "Política de continuidad de la atención" (compensación para proveedores despedidos) (<https://prismmpn.prismrisk.gov/downloads/1163%20MPN%20Continuity%20of%20Care%20Policy-%20English.pdf>)

PRISM MPN, "Política de continuidad de la atención" (excepción para proveedores despedidos por causa justificada) (<https://prismmpn.prismrisk.gov/downloads/1163%20MPN%20Continuity%20of%20Care%20Policy-%20English.pdf>)

daisyBill, "El pozo negro de MPN de California" y "Requisitos de acceso a MPN de CA: ¿Realidad o espejismo?" (problemas documentados de directorio y accesibilidad) (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-workers-comp>)

daisyBill, "El pozo negro de MPN de California" (estudio de caso detallado sobre las barreras de navegación) (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-workers-comp>)

daisyBill, "Requisitos de acceso a MPN de CA" (limitaciones de aplicación de DWC) (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-access-requirements>)

División de Compensación para Trabajadores, "Redes de Proveedores Médicos - Novedades" (Aviso de actualización regulatoria propuesta de febrero de 2025) (https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwc_mpn_main.html)

daisyBill, "Requisitos de acceso a MPN de California" (barreras de acceso rural) (<https://blog.daisybill.com/ca-mpn-access-requirements>)

daisyBill, "Seguro para empleadores: Denegación de pago de MPN falsa" (ejemplo de denegaciones erróneas de membresía de MPN) (<https://blog.daisybill.com/employers-insurance-mpn>)

División de Compensación para Trabajadores, "Redes de Proveedores Médicos - Novedades" (Enmiendas reglamentarias propuestas para febrero de 2025) (https://www.dir.ca.gov/dwc/mpn/dwc_mpn_main.html)