

justice

Generated by: Legal AI Assistant

April 26, 2026

JUSTICE

Deterioro de Persona Completa vs Calificación de Discapacidad Permanente

Discapacidad de la Persona Entera frente a Calificación de Incapacidad Permanente en la Compensación Laboral de California: Un Análisis Legal (PARTE-A ANÁLISIS PARA TRABAJADORES LESIONADOS) 1 de marzo de 2026

La información proporcionada a través de este Análisis impulsado por IA es únicamente para fines informativos y educativos generales. No constituye asesoramiento legal, no crea una relación abogado-cliente y no debe considerarse como un sustituto del consejo de un abogado calificado. Las leyes y los resultados legales varían según los hechos específicos y la jurisdicción. Si necesita asesoramiento adaptado a su situación, debe consultar directamente con un abogado.

© 2026 The Law Offices of Fernando Hidalgo, Inc. Generado por un Asistente Legal de IA. Facilitado por The Law Offices of Fernando Hidalgo, Inc. Todos los derechos reservados.

DISCAPACIDAD DE LA PERSONA ENTERA FRENTE A CALIFICACIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE EN LA COMPENSACIÓN LABORAL DE CALIFORNIA

Parte 1: Descripción General y Por Qué Esto Le Importa

Lo Que Cubre Este Informe

Si usted se lesionó en el trabajo en California, es probable que escuche dos términos durante su caso de compensación laboral: Discapacidad de la Persona Entera (Whole Person Impairment, WPI) y Calificación de Incapacidad Permanente (Permanent Disability Rating, PDR). Muchas personas piensan que estos términos significan lo mismo. No es así. Comprender la diferencia puede significar miles de dólares más - o menos - en los beneficios que usted reciba.

La Diferencia Básica

La Discapacidad de la Persona Entera (WPI) es un número médico. Un médico lo examina después de que su condición se haya estabilizado y le asigna un porcentaje que mide cuánta función física permanente ha perdido. Este número es el mismo para todas las personas con una lesión similar, sin importar su edad o trabajo. Un médico determina el WPI utilizando un libro de referencia médica llamado AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, Quinta Edición (Resumen de las Guías de la AMA (<https://www.ama-assn.org/practice-management/amaguides/ama-guides-evaluation-permanent-impairment-overview>)).

La Calificación de Incapacidad Permanente (PDR) es un número legal y económico. Toma su WPI y lo ajusta en función de su edad, su trabajo y cuánta de su discapacidad fue causada por la lesión laboral. La PDR determina cuánto dinero recibirá realmente. La ley de California requiere estos ajustes bajo el Cal. Lab. Code § 4660 (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-4/chapter-1/section-4660/>).

Por Qué la Diferencia Importa en Dólares

Considere este ejemplo: Dos trabajadores tienen ambos un 30% de WPI por una lesión de rodilla.

El Trabajador A tiene 60 años y trabaja en la construcción. Después de los ajustes por edad y ocupación, la PDR puede alcanzar el 40% o más - con un valor aproximado de \$58,000 en beneficios.

El Trabajador B tiene 30 años y trabaja en un escritorio. Después de los ajustes, la PDR puede ser de solo 15% - con un valor aproximado de \$14,500 en beneficios.

Esa es una diferencia de casi \$44,000 por la misma lesión médica. El WPI es el mismo; la PDR es diferente porque la ley considera cómo la lesión afecta la capacidad de cada trabajador para ganarse la vida. Puede consultar las tarifas actuales de beneficios en la página de Beneficios de Compensación Laboral del DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/workerscompensationbenefits.htm>).

Áreas Clave de Riesgo Importante:

Muchos trabajadores lesionados reciben calificaciones que no reflejan plenamente su condición. Los problemas comunes incluyen:

El médico utilizó las Guías de la AMA de manera incorrecta, otorgándole un WPI demasiado bajo

La compañía de seguros atribuyó demasiada parte de su discapacidad a condiciones preexistentes (un proceso llamado prorrateo o apportionment)

Su trabajo fue clasificado incorrectamente, reduciendo su ajuste ocupacional

El médico no consideró la doctrina Almaraz/Guzman, que permite calificar por comparación con condiciones similares cuando el método estándar da un resultado injusto

Crítico: Usted tiene tiempo limitado para impugnar una calificación. Si recibe una determinación de calificación que considera incorrecta, actúe rápidamente para solicitar una revisión o presentar la documentación necesaria ante la Junta de Apelaciones de Compensación Laboral (Workers' Compensation Appeals Board, WCAB) - la agencia estatal que resuelve las disputas de compensación laboral.

Parte 2: Marco Legal - Las Leyes Que Controlan Su Calificación

Los Estatutos Principales

El sistema de compensación laboral de California se basa en varias leyes clave que rigen cómo se determina su incapacidad permanente.

El Cal. Lab. Code § 4660

(<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-4/chapter-1/section-4660/>) es la ley principal para las determinaciones de incapacidad permanente. Establece que, al calcular su porcentaje de incapacidad permanente, el sistema debe considerar tres cosas además de su deterioro médico:

La naturaleza de su lesión física

Su ocupación al momento de la lesión

Su edad al momento de la lesión

La ley también establece que su calificación debe reflejar su disminución en la capacidad de ingresos futura - es decir, cómo la lesión reduce su capacidad para ganar dinero durante el resto de su vida laboral. Este estatuto otorgó al Director Administrativo del estado la autoridad para crear el Esquema para Calificar Discapacidades Permanentes (PDRS) (<https://www.dir.ca.gov/dwc/pdr.pdf>), que es la tabla oficial utilizada para calcular su

PDR.

El Cal. Lab. Code § 4663

(<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A74663-apportionment-ofpermanent-disability/>) regula la prorrata - el proceso para decidir qué parte de su discapacidad fue causada por su lesión laboral y qué parte por otros factores como lesiones previas o condiciones preexistentes. Esta ley exige que el médico indique qué porcentaje de su discapacidad permanente provino de la lesión laboral y qué porcentaje provino de otras causas. La prorrata es una de las partes más comúnmente disputadas en cualquier caso de compensación laboral, porque las compañías de seguros a menudo intentan atribuir la mayor parte posible de la discapacidad a factores no laborales para reducir lo que le deben a usted (How to Analyze Apportionment - Judge Eric Ledger (<https://calawyers.org/workers-compensation/how-to-analyze-apportionment-by-judge-eric-ledger/>)).

Reglas Regulatorias

Las regulaciones del Título 8 del Código de Regulaciones de California (8 CCR)

(https://www.dir.ca.gov/wcab/about_wcabf.htm) establecen las reglas detalladas que los médicos deben seguir al redactar los informes médicos para su caso. Estas regulaciones exigen que los médicos evaluadores proporcionen informes que cubran su historial médico, los resultados del examen físico, pruebas diagnósticas, restricciones laborales, calificación de WPI y opinión sobre la prorrata. Las evaluaciones por telemedicina ahora están permitidas si todas las partes están de acuerdo por escrito y el médico confirma que no fue necesario un examen físico (Disability Evaluation Unit - DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/deu.html>)).

Las reglas procesales de la WCAB, incluida la 8 CCR § 10742 (<https://www.dir.ca.gov/t8/10742.html>), exigen que cualquier persona que solicite una audiencia sobre discapacidad permanente presente una Declaración de Disposición para Proceder (DOR) - un documento formal que establece que las partes han intentado resolver la disputa y que el descubrimiento está completo.

Las Guías de la AMA: Su Vara de Medir Médica

Las AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, Quinta Edición

(<https://www.amaassn.org/practice-management/ama-guides/ama-guides-evaluation-permanent-impairment-overview>) son la referencia médica obligatoria para todas las determinaciones de WPI en California para lesiones ocurridas el 19 de abril de 2004 o después. Las Guías de la AMA proporcionan métodos estandarizados para calificar el deterioro en cada sistema corporal, incluidos los músculos y huesos, el sistema nervioso, los pulmones, el corazón y las condiciones de salud mental. Las Guías establecen explícitamente que las calificaciones de deterioro miden limitaciones funcionales, no discapacidad - es decir, no consideran su trabajo ni su edad (AMA Guides 5th Edition COA (<https://coa.org/docs/2010-AnnualMeeting/Saturday/Sat15StevenFeinbergMD.pdf>)).

Parte 3: La Reforma del SB 863 - Cambios Clave Después de 2013

Lo Que Cambió

El Proyecto de Ley del Senado 863 (SB 863), vigente desde el 1 de enero de 2013, fue la reforma más significativa en la compensación laboral en California en casi una década. Si su lesión ocurrió en esa fecha o después, estos cambios afectan directamente sus beneficios (SB 863 Implementing Reforms - CWCI (<https://www.cwci.org/document.php?file=1609.pdf>)).

El Multiplicador de 1.4

Antes de 2013, el sistema utilizaba un ajuste de Capacidad de Ingresos Futura (FEC) - un factor variable entre 1.1 y 1.4 que se aplicaba de manera diferente según el tipo de lesión y los datos de pérdida salarial. El SB 863 reemplazó esto con un único multiplicador de 1.4 aplicado a todos los porcentajes de WPI para lesiones ocurridas el 1 de enero de 2013 o después. Este cambio generalmente aumentó las calificaciones de discapacidad permanente porque muchas lesiones previamente recibían multiplicadores inferiores a 1.4 (SB 863 Reform - RM Magazine (<https://www.rmmagazine.com/articles/article/2013/03/14/-TheImplications-of-California-s-Latest-Attempt-at-Workers-Comp-Reform->); Injury to Impairment - Ortho Legal Group (<https://ortholegalgroup.com/injury-impairment-what-whole-person-impairment-means-injuredworker/>)).

Por ejemplo, si su médico le asigna 15% WPI:

Lesión anterior a 2013: $15\% \times 1.2$ (FEC típico) = 18% como punto de partida

Lesión posterior a 2013: $15\% \times 1.4$ = 21% como punto de partida

Otros Cambios Clave del SB 863

Eliminó los complementos para condiciones psiquiátricas, disfunción sexual y trastornos del sueño como porcentajes separados de discapacidad permanente. Estas condiciones aún pueden ser calificadas, pero deben cumplir con criterios específicos bajo el Cal. Lab. Code § 4660.1.

Creó el Beneficio Complementario de Desplazamiento Laboral (SJDB): Un vale no transferible de \$6,000 para educación y capacitación laboral si su empleador no le ofrece un trabajo alternativo adecuado dentro de los 60 días posteriores a alcanzar la mejoría médica máxima (Supplemental Job Displacement Benefits - DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/sjdb.html>)).

Estableció el Programa de Suplemento de Regreso al Trabajo (RTWSP): Un fondo de \$120 millones que proporciona pagos únicos de \$5,000 a trabajadores cuyos beneficios por discapacidad son desproporcionadamente bajos en comparación con sus ingresos realmente perdidos (Return to Work, SJDB, RTWSP - Commission on Health and Safety (<https://www.dir.ca.gov/chswc/returntoworkpage1.html>)).

Tasas Actuales de Beneficios (2025-2026)

Para lesiones ocurridas el 1 de enero de 2013 o después, las tasas actuales de beneficios son (DWC Workers' Compensation Benefits (<https://www.dir.ca.gov/dwc/workerscompensationbenefits.htm>)):

Tasa semanal máxima de discapacidad permanente: \$290 por semana

Tasa semanal mínima de discapacidad permanente: \$160 por semana

Reembolso por millaje para traslados médicos: \$0.725 por milla

Estas tasas se ajustan cada año con base en el Salario Semanal Promedio Estatal (SAWW).

Parte 4: Entendiendo el Deterioro de la Persona en Su Totalidad (WPI)

Qué mide el WPI

El Deterioro de la Persona en Su Totalidad (Whole Person Impairment o WPI) es un porcentaje que representa cuánta función física permanente ha perdido usted a causa de su lesión laboral. Es una medición puramente médica. Su médico asigna este número después de que usted alcance la Mejoría Médica Máxima (MMI)

-también denominada estatus Permanente y Estacionario (P&S)- el momento en que su condición se ha estabilizado y es poco probable que un tratamiento adicional produzca una mejoría significativa (Maximum Medical Improvement - LTHZ Law (<https://www.lthzlaw.com/what-happens-when-you-achieve-maximum-medical-improvement/>); Demystifying MMI - LA Accident Pros (<https://lacaccidentpros.org/what-how-maximum-medical-improvement-mmi/>)).

El WPI tiene cuatro características importantes (Whole Person Impairment in California - Solov & Teitell (<https://solovteitell.com/2024/01/15/what-is-whole-person-impairment-in-california/>)):

Solo médico: Su médico no puede considerar su trabajo, edad o ingresos al asignar el WPI

Estandarizado: Los médicos deben seguir las Guías de la AMA, Quinta Edición, de modo que dos médicos deberían asignar calificaciones similares para la misma condición

Escala de persona en su totalidad: Todas las calificaciones se expresan como un porcentaje de la función total del cuerpo (por ejemplo, una lesión de tobillo se califica primero como deterioro de la pierna inferior, y luego se convierte a un porcentaje de persona en su totalidad)

No incluye factores ajenos al trabajo: El WPI no resta por condiciones preexistentes; eso ocurre por separado mediante el prorrateo (apportionment)

El Informe P&S

Cuando su médico lo declara P&S, debe redactar un informe que incluya (Disability Evaluation Unit - DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/deu.html>)):

Su historial médico y resumen del tratamiento

Síntomas actuales y limitaciones físicas

Resultados de pruebas diagnósticas (rayos X, resonancias magnéticas, etc.)

Hallazgos del examen físico con mediciones

Sus restricciones laborales permanentes

Recomendaciones para cualquier atención médica futura

Su porcentaje de WPI utilizando las Guías de la AMA

Una determinación de prorrateo

Cómo calculan los médicos el WPI

El método depende del tipo de lesión (AMA Guides vs. California PDRS - Bradford Barthel (<https://bradfordbarthel.com/2025/03/25/ama-guides-california-pdrs-can-differ-on-rating-instructions/>)):

Lesiones musculares y óseas: Los médicos utilizan mediciones de rango de movimiento, pruebas de fuerza y evaluaciones de limitaciones funcionales

Lesiones nerviosas: El Capítulo 13 de las Guías de la AMA proporciona criterios para calificar daños nerviosos, lesiones de la médula espinal, lesiones cerebrales y dolor crónico

Condiciones de salud mental: El Capítulo 14 de las Guías de la AMA cubre los deterioros psiquiátricos, pero la ley de California conforme al Código Laboral de California § 3208.3 añade requisitos más estrictos - la condición debe diagnosticarse utilizando los criterios del DSM-5, ser causada predominantemente por eventos

reales en el lugar de trabajo, y estar respaldada por un psicólogo o psiquiatra con licencia (Mental Health Claims - Roy Yang Law (<https://royyanglaw.com/workerscomp/mental-health-claims/>))

Importante: Su médico también puede añadir hasta un 3% por dolor clínicamente significativo y persistente que supere lo que la lesión estructural por sí sola predeciría.

Parte 5: Entendiendo la Calificación de Incapacidad Permanente (PDR)

Qué mide la PDR

Su Calificación de Incapacidad Permanente (Permanent Disability Rating o PDR) es el porcentaje legal que determina sus beneficios reales. A diferencia del WPI, que solo mide el deterioro médico, la PDR considera cómo la lesión afecta su capacidad para trabajar y ganar dinero en función de su situación específica (Permanent Disability Guidebook California DIR (<https://www.dir.ca.gov/injuredworkerguidebook/chapter7.pdf>)).

Dos trabajadores con el mismo WPI pueden recibir porcentajes de PDR muy diferentes. La PDR se ajusta según:

El multiplicador de 1.4 (para lesiones ocurridas en o después del 1 de enero de 2013)

Su número de grupo ocupacional - un código que refleja las exigencias físicas de su trabajo

Su variante ocupacional - una letra (C a J) que muestra cómo su lesión específica afecta su trabajo específico

Su edad al momento de la lesión - los trabajadores mayores generalmente reciben calificaciones más altas

Prorratio - el porcentaje de incapacidad causado por la lesión laboral frente a otras causas

Ajustes ocupacionales explicados

El PDRS (<https://www.dir.ca.gov/dwc/pdr.pdf>) divide el mercado laboral de California en 45 grupos ocupacionales, cada uno con un número de tres dígitos (Occupational Group Characteristics - PD Ratings (<https://hyperspherebulldog-7lzs.squarespace.com/s/05PDRSOccupgroupcharacteristics-fr96.pdf>)):

Grupos 110-140: Trabajos profesionales, técnicos y de oficina (exigencias físicas más ligeras)

Grupos 210-290: Oficios especializados

Grupos 380-420: Construcción y trabajo pesado

Grupos 430-470: Manejo de materiales y trabajo en almacenes

Grupos 480-500: Conducción y transporte

Cada combinación de lesión por parte del cuerpo y grupo ocupacional produce una variante ocupacional - una letra de la C a la J:

Variante C, D, E: Su trabajo impone exigencias menores al promedio sobre la parte del cuerpo lesionada (la calificación disminuye)

Variante F: Exigencias promedio (sin cambio)

Variantes G, H, I, J: Su trabajo impone exigencias mayores al promedio sobre la parte del cuerpo lesionada (la calificación aumenta)

Por ejemplo, una lesión de rodilla tiene un impacto mínimo en un oficinista (variante C) pero un impacto mayor en un obrero de construcción (variante H). La variante ocupacional garantiza que su calificación refleje cómo la lesión afecta realmente su trabajo.

Ajustes por edad explicados

El PDRS también ajusta su calificación según su edad al momento de la lesión:

Trabajadores de 20 a 30 años: Las calificaciones generalmente disminuyen entre un 10 y un 15%, porque los trabajadores más jóvenes tienen más tiempo para recapitarse o cambiar de carrera

Trabajadores de 35 a 50 años: Las calificaciones se mantienen aproximadamente iguales o aumentan ligeramente

Trabajadores de 50 a 65+ años: Las calificaciones generalmente aumentan entre un 10 y un 15% o más, porque los trabajadores mayores enfrentan más dificultades para encontrar un nuevo empleo y tienen menos años restantes en la fuerza laboral

La lógica es sencilla: una persona de 60 años con una restricción permanente para levantar peso enfrenta un mercado laboral mucho más difícil que una persona de 30 años con la misma restricción.

Parte 6: La Conversión Paso a Paso del WPI al PDR

El Proceso de Ocho Pasos

El Programa de Calificación de Incapacidad Permanente (PDRS, por sus siglas en inglés) prescribe los siguientes pasos para convertir su WPI médico en su PDR legal (Schedule for Rating Permanent Disabilities (<https://www.dir.ca.gov/dwc/pdr.pdf>)):

Identificar el número de impedimento. Su médico localiza el código para la parte específica de su cuerpo lesionada en la Sección 2 del PDRS (por ejemplo, 15.01.02.02 = lesión de tejidos blandos de la columna cervical).

Determinar el estándar de impedimento. Cada número de impedimento tiene un porcentaje base de WPI que representa el impedimento típico para esa condición.

Aplicar el multiplicador de 1.4 (para lesiones ocurridas en o después del 1 de enero de 2013). Multiplique el WPI por 1.4 para tener en cuenta la disminución de la capacidad futura de ingresos.

Encontrar su número de grupo ocupacional. La Unidad de Evaluación de Incapacidad (DEU, por sus siglas en inglés) - la oficina estatal que calcula las calificaciones - identifica el código de tres dígitos que corresponde a su trabajo al momento de la lesión usando la Sección 3 del PDRS.

Determinar su variante ocupacional. Haga referencia cruzada de su número de grupo ocupacional y número de impedimento en la Sección 4 del PDRS para obtener su letra de variante (C hasta J).

Aplicar el ajuste ocupacional. Use las tablas en la Sección 5 del PDRS para ajustar su calificación hacia arriba o hacia abajo según su variante ocupacional.

Aplicar el ajuste por edad. Use las tablas en la Sección 6 del PDRS para ajustar según su edad al momento de la lesión.

Calcular el PDR final. El resultado es su calificación de incapacidad permanente, expresada como un porcentaje del 0% al 100%.

Cómo Se Ve la Fórmula de Calificación

Su calificación típicamente se escribe como una fórmula. Por ejemplo:

15.01.02.02 - 8 - [1.4] 11 - 470H - 13 - 11%

Esto significa:

15.01.02.02 = Lesión de tejidos blandos de la columna cervical

8% = WPI asignado por el médico

[1.4] 11 = Después de aplicar el multiplicador de 1.4 ($8\% \times 1.4 \sim 11\%$)

470H = Grupo ocupacional 470 (trabajador pesado), variante H

13% = Calificación después del ajuste ocupacional

11% = Calificación final después del ajuste por edad

Combinación de Múltiples Lesiones

Si se lesionó más de una parte del cuerpo, el sistema utiliza la Tabla de Valores Combinados en la Sección 8 del PDRS. No se suman simplemente los porcentajes. En cambio, cada impedimento adicional tiene un efecto ligeramente menor en el total. Por ejemplo, combinar 20% y 30% no equivale a 50% - equivale aproximadamente a 44% (AMA Guides vs. PDRS - Bradford Barthel (<https://bradfordbarthel.com/2025/03/25/amaguides-california-pdrs-can-differ-on-rating-instructions/>)).

La fórmula es: Combinado = $A + (B \times (1 - A))$, donde A y B son las formas decimales de cada porcentaje.

Parte 7: Prorrateo - División de la Responsabilidad por Su Incapacidad

Qué Significa el Prorrateo

El prorrateo (apportionment) es el proceso de determinar qué parte de su incapacidad permanente fue causada por su lesión laboral frente a otros factores. El Código Laboral de California § 4663 (<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code%20A74663-apportionment-of-permanent-disability/>) requiere que su médico declare qué porcentaje de su incapacidad provino de la lesión laboral y qué porcentaje provino de otras causas, tales como lesiones previas, condiciones preexistentes o el envejecimiento natural (How to Analyze Apportionment - Judge Eric Ledger (<https://calawyers.org/workers-compensation/how-to-analyze-apportionment-by-judge-eric-ledger/>)).

Importante: El prorrateo examina qué está causando su incapacidad (su limitación funcional permanente), no qué causó su lesión (el evento que lo lastimó). Esta es una distinción crítica.

Factores de Riesgo Versus Factores Causativos

La ley traza una línea clara entre estos dos conceptos:

Un factor de riesgo es algo que lo hace más propenso a lesionarse, pero que por sí mismo no causa incapacidad. Por ejemplo, su edad puede hacerlo más propenso a romperse un hueso, pero la edad por sí sola no causa la incapacidad derivada del hueso roto. Las compañías de seguros no pueden prorratear su incapacidad a factores de riesgo.

Un factor causativo es una condición que contribuye activamente a su pérdida funcional permanente. Por ejemplo, si usted tenía artritis preexistente severa que ya estaba limitando su movimiento antes de la lesión laboral, esa artritis puede ser un factor causativo.

La Regla de "Tomar al Trabajador Como Se Le Encuentra"

California sigue la regla de que el empleador toma al trabajador como se le encuentra. Esto significa que si usted tiene una condición subyacente que empeora su lesión, el empleador sigue siendo responsable de toda la incapacidad causada por la lesión laboral. Por ejemplo, si usted tiene osteoporosis y una caída en el lugar de trabajo causa una fractura grave, el empleador no puede evitar la responsabilidad simplemente porque la fractura fue peor debido a su condición ósea.

Tácticas Comunes de Prorrateso Indebido

Esté atento a estas estrategias de defensa que pueden reducir indebidamente sus beneficios:

Culpar al envejecimiento natural: Las aseguradoras a menudo argumentan que su incapacidad es causada en parte por "cambios degenerativos esperados para alguien de su edad". Esto es indebido a menos que se demuestre médicamente que esos cambios están causando de forma independiente su pérdida funcional - no solo haciéndolo más vulnerable a las lesiones.

Culpar a lesiones previas resueltas: Si usted tuvo una lesión previa en la misma parte del cuerpo que sanó completamente sin incapacidad duradera, la aseguradora no puede prorratesar la incapacidad actual a esa lesión resuelta.

Culpar a factores de estilo de vida: Fumar, el peso o un estilo de vida sedentario son factores de riesgo, no factores causativos, a menos que el médico pueda explicar médicamente cómo causan de forma independiente la incapacidad permanente específica que usted tiene ahora.

Crítico: Si el informe de su médico prorratesa un porcentaje significativo de su incapacidad a causas no laborales, revise el informe cuidadosamente. El médico debe explicar el razonamiento médico del prorrateso. Una declaración vaga como "50% debido a degeneración preexistente" sin explicación detallada puede no calificar como evidencia médica sustancial y puede ser impugnada.

Parte 8: La Doctrina Almaraz/Guzman - Impugnación de Calificaciones Injustas

Lo que Permite la Doctrina

La doctrina Almaraz/Guzman es una regla legal que permite a los médicos apartarse de una lectura estricta y literal de las Guías de la AMA cuando el método estándar produce un resultado injusto. Bajo esta doctrina, un médico puede "calificar por analogía" - lo que significa que puede usar un capítulo o tabla diferente de las Guías de la AMA que capture con mayor precisión sus limitaciones funcionales (Fundamentos de las Calificaciones Almaraz/Guzman (<https://irstore.blob.core.windows.net/materials/2c30b3ec-2e6c-423c-8905-7d9bbb08c6cd.pdf>)).

Por ejemplo, un trabajador con fascitis plantar (dolor en el pie) podría recibir un 0% de WPI bajo la sección estricta de dolor de talón de las Guías de la AMA. Pero si ese trabajador tiene una cojera documentada y dificultad para caminar, un médico podría calificar por analogía a la sección de alteración de la marcha, resultando en un 7% de WPI que refleja mejor la limitación real.

Requisitos para Usar Almaraz/Guzman

Para utilizar con éxito esta doctrina, el médico debe:

Proporcionar primero la calificación estricta de las Guías de la AMA - mostrando lo que produce el método estándar

Explicar por qué la calificación estricta es inexacta - describiendo por qué no refleja sus limitaciones funcionales reales

Proporcionar una calificación alternativa utilizando un capítulo, tabla o método diferente dentro de las Guías de la AMA

Explicar por qué la alternativa es más precisa - describiendo cómo captura mejor su discapacidad

Lo que Almaraz/Guzman No Puede Hacer

Importante: Esta doctrina tiene límites. No puede usarse para:

Ignorar por completo las Guías de la AMA o usar métodos fuera de las Guías

Restablecer el enfoque del antiguo sistema de calificación de 1997 de basar las calificaciones en restricciones laborales

Simplemente estar en desacuerdo con una calificación sin justificación médica

Inflar una calificación combinando tanto el método estricto como el alternativo sin razonamiento adecuado

La doctrina permite flexibilidad dentro de las Guías de la AMA - no un escape de ellas.

Cuándo Considerar Almaraz/Guzman

Debe discutir esta opción con su abogado si:

Recibió un 0% o un WPI muy bajo a pesar de tener limitaciones funcionales documentadas y significativas

Tiene una condición de dolor crónico o síndrome de dolor regional complejo que las tablas estándar de la AMA califican deficientemente

Sus actividades de la vida diaria están significativamente limitadas de maneras que la calificación estricta no captura

Podrían aplicarse múltiples métodos de evaluación de discapacidad dentro de las Guías de la AMA a su condición

Parte 9: Impugnación de su Calificación - Evaluaciones QME y AME

El Proceso QME (Para Trabajadores Sin Abogado)

Si no está de acuerdo con la calificación de WPI de su médico tratante o con la determinación de calificación de la DEU, puede solicitar una evaluación por un panel de Evaluador Médico Calificado (QME). Un QME es un médico certificado por el estado que realiza evaluaciones médicas independientes (Proceso QME de la DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/MedicalUnit/QualificationForQME.html>); QME vs. AME - Employees First Labor Law (<https://employeesfirstlaborlaw.com/qme-vs-ame-in-california-workers-comp-whats-the-difference/>)).

El proceso QME funciona de la siguiente manera:

Usted solicita un panel QME a la División de Compensación de Trabajadores en la especialidad médica pertinente

El estado asigna aleatoriamente un QME del panel

El QME lo examina, revisa sus registros médicos y redacta un informe detallado dentro de 30 días

El informe del QME tiene un peso significativo ante los jueces del WCAB, especialmente si está bien fundamentado y es internamente consistente

El Proceso AME (Para Trabajadores Con Abogado)

Si tiene un abogado, tanto su abogado como el abogado de la compañía de seguros pueden acordar seleccionar un Evaluador Médico Acordado (AME) en lugar de usar un panel QME aleatorio. Un AME es un médico específico que ambas partes eligen juntas.

Ventajas clave del proceso AME:

Usted ayuda a elegir al médico - ambas partes seleccionan a alguien con experiencia en su tipo de lesión

Mayor peso en las audiencias - los jueces del WCAB a menudo dan más peso a los informes AME porque ambas partes acordaron el evaluador

Programación más rápida - un AME puede estar disponible antes que una asignación de panel QME

El AME debe emitir un informe dentro de 30 días que cubra su historial de lesiones, revisión de registros médicos, hallazgos del examen, calificación de WPI, opinión de prorrato y restricciones laborales (Guía de Informes AME Sound Medical Evaluation (<https://www.soundmedeval.com/blog/ame-medical-legal-report-guide/>); Discapacidad Parcial Permanente - Torrez Legal (<https://torrezlegal.com/blog/how-permanent-partial-disability-ratings-aredetermined/>)).

Presentación ante el WCAB

Si las evaluaciones médicas no resuelven la disputa, su abogado puede presentar una Declaración de Preparación para Proceder (DOR) ante el WCAB para solicitar una audiencia ante un juez (8 CCR § 10742 (<https://www.dir.ca.gov/t8/10742.html>); Cómo Presentar una DOR - DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/iwguides/IWGuide05.pdf>)). La DOR debe indicar que se hicieron esfuerzos genuinos para resolver la disputa y que el descubrimiento está completo.

El proceso de audiencia generalmente comienza con una conferencia de conciliación obligatoria (MSC), donde un juez ayuda a las partes a intentar llegar a un acuerdo. Si no se llega a un acuerdo, el caso procede a juicio.

Parte 10: Cómo Su Calificación Afecta Sus Beneficios

Cálculo de Sus Beneficios por Discapacidad Permanente

Su beneficio semanal equivale a dos tercios de sus ingresos semanales promedio al momento de la lesión, sujeto a los límites mínimos y máximos establecidos por ley (Cal. Lab. Code §§ 4650-4664 (<https://law.justia.com/codes/california/2005/lab/4650-4664.html>)); Beneficios de Compensación de

Trabajadores de la DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/workerscompensationbenefits.htm>)).

Para lesiones posteriores a 2013:

Tarifa semanal máxima: \$290

Tarifa semanal mínima: \$160

Su porcentaje de PDR determina el número de semanas que recibe beneficios. Puede encontrar el número exacto de semanas para cada porcentaje de PDR en el Cuadro de Indemnización por Discapacidad Permanente 2025 (<https://www.lflm.com/wp-content/uploads/2025/01/PDIndemnityChart2025-WEBSITEVERSION.pdf>).

Cálculo de ejemplo:

Ingresos semanales promedio: \$1,200

Dos tercios de los ingresos: \$800/semana

Limitado al máximo: \$290/semana

PDR del 21%: 112 semanas de beneficios

Pago total de discapacidad permanente: $\$290 \times 112 = \$32,480$

Importante: Incluso un pequeño aumento en su PDR hace una diferencia significativa. Un aumento del 1% (del 21% al 22%) puede agregar de 4 a 6 semanas de beneficios - con un valor de \$1,160 a \$1,740 en compensación adicional.

Opciones de Acuerdo

Una vez establecido su PDR, puede resolver su reclamo de una de dos maneras (Comparación entre Stipulated Awards y C&R - Pacific Workers

(<https://www.pacificworkers.com/blog/2024/september/comparing-stipulatedawards-and-compromise-and-r>