

# justice

Generated by: Legal AI Assistant

April 26, 2026

## **57. Calificaciones de Discapacidad Análisis Jurídico de las Calificaciones de Discapacidad en la Compensación para Trabajadores de California: Cálculo, Ajuste y Resolución de Disputas (PARTE A - ANÁLISIS PARA TRABAJADORES LESIONADOS)**

1 de marzo de 2026 La información proporcionada a través de este Análisis asistido por Inteligencia Artificial tiene únicamente fines informativos y educativos generales. No constituye asesoría legal, no crea una relación abogado-cliente, y no debe considerarse como un sustituto de la asesoría de un abogado calificado. Las leyes y los resultados legales varían según los hechos específicos y la jurisdicción. Si necesita asesoría adaptada a su situación, debe consultar directamente con un abogado.

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

## **CALIFICACIONES DE DISCAPACIDAD EN LA COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES DE CALIFORNIA: CÓMO SE CALCULA, AJUSTA Y DISPUTA SU CALIFICACIÓN**

Este informe explica cómo California determina la cantidad de dinero que usted recibe por una lesión laboral permanente. Cubre el proceso paso a paso que convierte los hallazgos médicos de un doctor en su calificación final de discapacidad y en el monto de sus beneficios. Una diferencia de tan solo cinco puntos porcentuales en su calificación puede significar decenas de miles de dólares más o menos en beneficios, por lo que comprender este proceso es fundamental.

### **--Parte 1: El Marco Legal - Las Leyes Que Rigen Su Calificación**

Esta sección explica las principales leyes y reglamentos de California que rigen cómo se determina su calificación de discapacidad permanente.

#### **El Código Laboral de California**

El sistema de compensación para trabajadores de California - un sistema que paga beneficios a los trabajadores lesionados en el trabajo sin exigirle que pruebe que su empleador tuvo la culpa - se rige por la División 4 del Código Laboral de California. La ley principal es el Código Laboral de California § 4660 (<https://law.justia.com/codes/california/2005/lab/4650-4664.html>), el cual requiere que su calificación de discapacidad permanente tome en cuenta tres factores:

- (1) la naturaleza de su lesión física,
- (2) su ocupación al momento de la lesión, y
- (3) su edad al momento de la lesión.

#### **Qué Tabla de Calificación Aplica en Su Caso**

La ley utiliza diferentes reglas de calificación dependiendo de cuándo ocurrió su lesión:

Antes del 1 de enero de 2005: Aplica la Tabla de Calificación de Discapacidad Permanente (PDRS) de 1997.

Del 1 de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2012: Aplica la PDRS de 2005, la cual introdujo el uso obligatorio de las Guías de la AMA y ajustes basados en la pérdida salarial, llamados Capacidad de Ingresos Futuros Disminuida (DFEC, por sus siglas en inglés) - un factor que refleja cuántos ingresos pierden típicamente con el tiempo los trabajadores con su tipo de lesión.

A partir del 1 de enero de 2013: Aplica la PDRS actual, la cual reemplazó el DFEC con un multiplicador fijo de 1.4 aplicado a todas las calificaciones de impedimento antes de los ajustes por ocupación y edad.

Esta distinción es importante porque las lesiones posteriores a 2013 generalmente reciben ajustes menos favorables que las lesiones anteriores a 2013 para la misma condición médica. Puede encontrar la tabla oficial de calificaciones en el Programa del DIR de California para Calificar Discapacidades Permanentes (PDF) (<https://www.dir.ca.gov/dwc/pdr.pdf>).

### **Leyes de Prorratio (Apportionment)**

El prorratio significa dividir su discapacidad permanente entre causas relacionadas con el trabajo y causas no laborales (como una condición preexistente). El Código Laboral de California § 4663 (<https://law.justia.com/codes/california/2005/lab/4650-4664.html>) requiere que el prorratio se base en lo que causó su discapacidad, no solo en lo que causó su lesión. Esto significa que su empleador puede reducir sus beneficios si una condición preexistente contribuye a su discapacidad actual.

El Código Laboral § 4663(b) (<https://law.justia.com/codes/california/2005/lab/4650-4664.html>) requiere que todo doctor que evalúe su discapacidad permanente indique qué porcentaje fue causado por su lesión laboral y qué porcentaje fue causado por otros factores.

### **Plazos para Presentar Reclamos**

Usted debe reportar su lesión a su empleador dentro de los 30 días conforme al Código Laboral § 5400 (<https://law.justia.com/codes/california/2005/lab/4650-4664.html>), y debe presentar su reclamo de compensación para trabajadores dentro de un año de la lesión o de la última fecha en que recibió beneficios conforme al Código Laboral § 5405 (<https://law.justia.com/codes/california/2005/lab/4650-4664.html>). Si no cumple con estos plazos, su reclamo puede quedar permanentemente desestimado.

### **--Parte 2: Decisiones Judiciales Clave Que Definen Sus Derechos**

Esta sección cubre las decisiones judiciales más importantes que afectan cómo se calcula y se disputa su calificación de impedimento.

#### **La Decisión Vigil (2025) - Combinación de Múltiples Impedimentos**

La Tabla de Valores Combinados (Combined Values Chart, o CVC) es una fórmula matemática que combina impedimentos que afectan distintas partes del cuerpo. Históricamente, siempre se usaba la CVC, la cual típicamente produce un número combinado más bajo que simplemente sumar los impedimentos. En la decisión *Vigil v. County of Kern* (2025, en banc) (<https://francomunoz.com/recent-workers-compensation-case-shows-importance-of-accurate-impairment-evaluation/>), la Junta de Apelaciones de Compensación para Trabajadores dictaminó que los doctores pueden sumar los impedimentos en lugar de combinarlos mediante la CVC cuando:

Los impedimentos no se superponen en cómo afectan sus actividades diarias, o

Los impedimentos juntos generan un mayor impacto en su vida diaria que cualquiera de ellos por separado (un

efecto "sinérgico").

Esta decisión puede aumentar significativamente su calificación si usted tiene lesiones en múltiples partes del cuerpo.

### **La Decisión Brodie (2007) - Reglas de Prorratio**

La decisión de la Corte Suprema de California en *Brodie v. WCAB*, 40 Cal.4th 1313 (2007) (<https://calawyers.org/workers-compensation/how-to-analyze-apportionment-by-judge-eric-ledger/>) estableció las reglas modernas sobre el prorratio. La corte dictaminó que:

Una condición preexistente puede reducir sus beneficios aun si no causaba síntomas antes de su lesión laboral - pero solo si efectivamente contribuye a su discapacidad actual.

Los factores de riesgo (como la obesidad que aumenta el riesgo de lesión) no pueden utilizarse para el prorratio. Solo los factores causales (condiciones que realmente contribuyen a su discapacidad) pueden reducir sus beneficios.

Su empleador tiene la carga de probar que los factores no laborales causaron un porcentaje específico de su discapacidad.

### **La Decisión Escobedo (2005)**

*Escobedo v. Marshalls*, 70 CCC 604 (2005) (<https://www.pbw-law.com/wp-content/uploads/2021/11/Apportionment-Case-Law-Update-July-2021-final-7-1-21.pdf>) estableció que los médicos deben expresar sus opiniones sobre prorratio en términos de "probabilidad médica razonable" - no por conjeturas. El empleador debe probar afirmativamente qué porcentaje de su discapacidad proviene de causas no relacionadas con el trabajo.

### **Las Decisiones Wilson (2019) - Límites de Lesiones Psiquiátricas**

Las decisiones *Wilson v. State of California Cal Fire* (2019 en banc) (<https://calawyers.org/workers-compensation/wcab-defines-catastrophic-injury/>) definieron cuándo un trabajador puede recibir una calificación adicional de discapacidad por una lesión psiquiátrica (una condición de salud mental como depresión o TEPT) causada por una lesión física laboral. Usted solo puede recibir una calificación adicional por lesión psiquiátrica si:

Fue víctima de un acto violento, o

Sufrió una lesión catastrófica - determinada por factores que incluyen la intensidad del tratamiento, la gravedad, el impacto en las actividades diarias y si la lesión es incurable y progresiva.

### **La Decisión Almaraz/Guzman (2010)**

Esta decisión permite a los médicos utilizar diferentes secciones de las Guías de la AMA para calificar su impairment en casos complejos o inusuales donde el capítulo estándar no refleja con precisión su condición. Esta flexibilidad puede ayudar a los trabajadores cuyas lesiones no encajan perfectamente en las categorías estándar de calificación.

## **--Parte 3: Conceptos Fundamentales - Comprendiendo el Impairment, la Discapacidad y el MMI**

Esta sección define los términos médicos y legales clave que necesita comprender antes de que se calcule su calificación.

### **Impairment de la Persona Completa (WPI, por sus siglas en inglés)**

El Impairment de la Persona Completa (WPI) es una medida médica - expresada como porcentaje - de cuánto está permanentemente afectado todo su cuerpo debido a su lesión laboral. Los médicos determinan el WPI utilizando las Guías de la AMA para la Evaluación del Impairment Permanente, Quinta Edición - un libro de referencia médica estandarizado que proporciona reglas para medir el impairment con base en hallazgos objetivos como pruebas de rango de movimiento, resultados de imágenes (MRI, tomografías computarizadas) y pruebas de fuerza. El WPI se basa en evidencia médica objetiva, no solo en quejas de dolor (<https://www.ama-assn.org/practice-management/ama-guides/ama-guides-evaluation-permanent-impairment-overview>).

### **Discapacidad Permanente (PD)**

La Discapacidad Permanente (PD) es una determinación legal - no solo médica. Refleja cómo su impairment médicamente documentado afecta su capacidad para ganarse la vida y competir por empleos. La PD se calcula a partir de su WPI aplicando ajustes específicos de California por su edad, ocupación y capacidad futura de generar ingresos (<https://www.dir.ca.gov/dwc/permanentdisability.htm>). Dos trabajadores con calificaciones idénticas de WPI pueden recibir calificaciones de PD muy diferentes según su edad y tipo de trabajo. Por ejemplo, un trabajador de construcción de 35 años con 15% de WPI probablemente recibiría una calificación de PD más alta que un gerente de oficina de 60 años con el mismo WPI, porque el trabajador de construcción enfrenta mayores pérdidas de ingresos a largo plazo.

### **Discapacidad Parcial Permanente vs. Discapacidad Total Permanente**

La Discapacidad Parcial Permanente (PPD) cubre calificaciones del 1% al 99%. Usted recibe pagos quincenales durante un número determinado de semanas según su calificación.

La Discapacidad Total Permanente (PTD) es una calificación del 100%, lo que significa que no puede competir por ningún empleo. Usted recibe pagos quincenales de por vida (<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A74659-100-permanent-disability-life-pension/>) con ajustes anuales por costo de vida.

### **Mejoría Médica Máxima (MMI)**

La Mejoría Médica Máxima (MMI) - también llamada "permanente y estacionaria" (P&S) en California - es el punto en el que su condición médica se ha estabilizado y es poco probable que un tratamiento adicional produzca una mejora importante. El MMI no significa que esté completamente recuperado (<https://lacaccidentpros.org/what-how-maximum-medical-improvement-mmi/>); significa que se espera que sus síntomas restantes sean permanentes.

Importante: El MMI marca la transición de los beneficios de discapacidad temporal (reemplazo de salario durante el tratamiento) a los beneficios de discapacidad permanente (compensación por el impairment duradero). Si su médico declara el MMI demasiado pronto - antes de que usted haya recibido el tratamiento adecuado - tiene derecho a oponerse y solicitar una evaluación médica independiente conforme al Código Laboral § 4062 (<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A74062-objections-to-medical-determinations/>).

## **El Dolor como Factor de Impairment**

Según el Capítulo 18 de las Guías de la AMA

(<https://workcompce.com/wp-content/uploads/2014/02/The-Pain-Add-On-Understanding-Chapter-18-CE-Course.pdf>), un médico puede agregar hasta un 3% de WPI por dolor crónico que vaya más allá de lo que los capítulos específicos por parte del cuerpo ya contemplan. El dolor debe afectar sustancialmente sus actividades diarias y estar respaldado por evidencia objetiva. A nivel nacional, menos del 1% de los casos reciben este complemento por dolor.

### **--Parte 4: Cálculo Paso a Paso - Desde el WPI hasta su Calificación Final (Pasos 1-3)**

Esta sección le guía a través de los primeros tres pasos sobre cómo los hallazgos médicos de su doctor se convierten en un número de discapacidad permanente.

#### **Paso 1: El Médico Asigna su WPI Usando las Guías de la AMA**

El proceso comienza cuando un médico - su médico tratante, un Evaluador Médico Calificado (QME) o un Evaluador Médico Acordado (AME) - lo evalúa después de que usted alcanza el MMI y le asigna un porcentaje de WPI utilizando las Guías de la AMA, Quinta Edición (<https://www.ama-assn.org/practice-management/ama-guides/ama-guides-evaluation-permanent-impairment-overview>).

El médico selecciona el capítulo apropiado según su lesión:

Lesión de hombro -> Capítulo 15 (Extremidad Superior)

Lesión de espalda baja -> Capítulo 17 (Columna Vertebral y Pelvis)

Condición de salud mental -> Capítulo 14 (Trastornos Mentales y del Comportamiento)

El médico mide sus limitaciones de manera objetiva. Por ejemplo, si su hombro solo puede levantarse hasta 100 grados (lo normal es aproximadamente 180 grados), las Guías de la AMA dirigen al médico a una tabla que convierte esa limitación en un porcentaje específico de WPI.

#### **Paso 2: Combinación de Múltiples Impairments**

Si tiene lesiones en más de una parte del cuerpo, cada impairment debe primero convertirse a una escala de persona completa. Por ejemplo, una limitación de rodilla del 25% podría convertirse aproximadamente a un 10% de WPI utilizando las tablas de conversión estándar en el PDRS (<https://www.dir.ca.gov/dwc/pdr.pdf>).

Una vez convertidos, los impairments generalmente se combinan utilizando la Tabla de Valores Combinados (CVC), que evita contar dos veces la misma limitación funcional. Por ejemplo:

Un deterioro del 15% en la región lumbar + un deterioro del 10% en la pierna NO equivale a un 25% de WPI

La fórmula de la CVC arroja aproximadamente un 23% de WPI porque ambos deterioros afectan actividades superpuestas como estar de pie y caminar

No obstante, tras la decisión en banc de Vigil (2025)

(<https://www.wcexec.com/flash-report/wcab-issues-en-banc-on-rebutting-combined-values-chart/>), su médico puede sumar los deterioros en lugar de combinarlos si existe evidencia médica sólida de que:

Los deterioros afectan diferentes actividades cotidianas sin superposición, o

El efecto combinado es mayor que cualquiera de los deterioros por separado

### **Paso 3: Evaluación del Complemento por Dolor**

Antes de pasar a los siguientes ajustes, el médico debe determinar si usted califica para un complemento por dolor del Capítulo 18

(<https://workcompce.com/wp-content/uploads/2014/02/The-Pain-Add-On-Understanding-Chapter-18-CE-Course.pdf>). Si su dolor crónico excede significativamente lo que ya contemplan los capítulos por partes del cuerpo y claramente afecta su vida diaria, el médico puede agregar de 0 a 3% de WPI. El máximo es 3% en total por lesión, independientemente de cuántas partes del cuerpo estén afectadas. Esta determinación requiere:

Documentación de las limitaciones funcionales relacionadas con el dolor

Consistencia entre los síntomas que usted reporta y los hallazgos objetivos

Una evaluación de credibilidad por parte del médico

### **--Parte 5: Cálculo Paso a Paso - Desde el WPI Hasta su Calificación Final (Pasos 4-6)**

Esta sección cubre los ajustes legales obligatorios que convierten su deterioro médico en una calificación final de incapacidad permanente.

### **Paso 4: Ajuste por Capacidad Futura de Ingresos**

Este paso depende de cuándo ocurrió su lesión:

Para lesiones ocurridas desde el 1 de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2012: El PDRS de 2005 aplica un ajuste DFEC basado en investigaciones que muestran cuánto ingreso suelen perder con el tiempo los trabajadores con su tipo de lesión. Los factores de ajuste DFEC varían de 1.1 (10% de aumento) a 1.4 (40% de aumento) dependiendo de su categoría de lesión.

Para lesiones ocurridas en o después del 1 de enero de 2013: Se aplica un multiplicador fijo de 1.4 a todas las calificaciones de WPI. Por ejemplo, si su WPI es 14%, su calificación ajustada se convierte en  $14 \times 1.4 = 19.6\%$ , redondeado al 20%. Esta información proviene del PDRS oficial (<https://www.dir.ca.gov/dwc/pdr.pdf>) y de la guía de beneficios del DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/workerscompensationbenefits.htm>).

### **Paso 5: Ajuste Ocupacional**

Su calificación luego se ajusta según las exigencias físicas de su trabajo. El PDRS divide las ocupaciones en 45 grupos (<https://www.dir.ca.gov/dwc/pdr.pdf>), cada uno asignado con una variante de letra (típicamente de la A a la J):

Letras C, D, E = menores exigencias físicas (trabajo de oficina, contabilidad)

Letra F = exigencias promedio

Letras G, H, I, J = mayores exigencias físicas (construcción, trabajo en almacén)

Un trabajador de la construcción con una lesión de espalda recibe un ajuste ocupacional más alto que un trabajador de oficina con la misma lesión porque la lesión de espalda tiene un mayor impacto en el trabajo de construcción. Los ajustes típicamente varían de -10% a +10%.

## **Paso 6: Ajuste por Edad**

El ajuste final toma en cuenta su edad al momento de la lesión. Los trabajadores mayores reciben ajustes más altos porque enfrentan mayor dificultad para competir en el mercado laboral con una incapacidad permanente. Las tablas de edad del PDRS (<https://www.dir.ca.gov/dwc/pdr.pdf>) cruzan su calificación ajustada por ocupación con su edad en incrementos de 5 años.

### **Ejemplo de Cálculo Completo**

Así es como funciona el cálculo completo para un trabajador hipotético, de 45 años, lesionado el 15 de enero de 2018:

Asignación de WPI: El médico califica una distensión lumbar en 12% de WPI utilizando el Capítulo 17 de las Guías de la AMA.

Múltiples Partes del Cuerpo: No hay otras lesiones; el WPI se mantiene en 12%.

Complemento por Dolor: El médico agrega 2% por dolor crónico documentado que afecta las actividades diarias; WPI total = 14%.

Multiplicador de 1.4:  $14\% \times 1.4 = 19.6\%$ , redondeado al 20%.

Ajuste Ocupacional: El trabajador es gerente de oficina (variante "D", exigencias por debajo del promedio); ajustado al 19%.

Ajuste por Edad: La edad de 45 años añade +1%; calificación final de PD = 20%.

Este trabajador recibiría beneficios de incapacidad permanente basados en una calificación del 20%, pagados quincenalmente a dos tercios del salario semanal promedio (sujeto a mínimos y máximos).

### **--Parte 6: Prorratio (Apportionment) - Cómo las Condiciones Preexistentes Pueden Reducir sus Beneficios**

Esta sección explica cómo su empleador podría intentar reducir su calificación de incapacidad alegando que parte de su incapacidad no está relacionada con el trabajo.

#### **Cómo Funciona el Prorratio**

Bajo el Código Laboral § 4663

(<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A74663-apportionment-of-permanent-disability/>), su incapacidad permanente debe dividirse entre causas relacionadas con el trabajo y causas no laborales.

Su médico debe indicar qué porcentaje fue causado por su lesión laboral y qué porcentaje fue causado por otros factores, incluyendo condiciones preexistentes o lesiones previas. Un informe médico que no aborde el prorratio es legalmente deficiente y debe ser corregido.

#### **Quién Tiene la Carga de la Prueba**

Usted debe probar el porcentaje de incapacidad causado por su lesión laboral.

Su empleador debe probar el porcentaje causado por factores no laborales.

Su empleador debe presentar evidencia médica real - no basta con argumentar que usted tenía una condición preexistente.

Bajo el marco de Brodie

(<https://calawyers.org/workers-compensation/how-to-analyze-apportionment-by-judge-eric-ledger/>), el simple hecho de demostrar que existía una condición preexistente no es suficiente; el empleador debe probar que dicha condición contribuyó independientemente con un porcentaje específico a su discapacidad actual.

### **Condiciones Preexistentes y Prorrateo (Apportionment)**

Bajo Brodie v. WCAB, 40 Cal.4th 1313 (2007)

(<https://calawyers.org/workers-compensation/how-to-analyze-apportionment-by-judge-eric-ledger/>), las condiciones preexistentes pueden reducir sus beneficios incluso si no causaron síntomas antes de su lesión laboral - pero solo si efectivamente contribuyen a su discapacidad actual. Por ejemplo, si los estudios de imagen muestran una enfermedad discal lumbar preexistente que contribuye a su discapacidad de espalda actual después de una lesión laboral, su empleador puede prorratear parte de la discapacidad a esa condición preexistente.

Importante: Estar "en riesgo" de sufrir una lesión no es lo mismo que tener una condición que cause discapacidad. Su empleador no puede reducir sus beneficios simplemente porque usted tenía un factor de riesgo (como la obesidad). La condición debe contribuir efectivamente a su discapacidad permanente.

### **La Decisión Vigil sobre el Prorrateo Después de la Cirugía**

En Vigil v. County of Kern (2025 en banc)

(<https://francomunoz.com/recent-workers-compensation-case-shows-importance-of-accurate-impairment-evaluation/>), la WCAB dictaminó que una cirugía industrial exitosa no respalda el prorrateo a condiciones preexistentes. El principio es que el tratamiento médico industrial no es prorrateable - si su lesión laboral requirió cirugía y queda alguna discapacidad después de la cirugía, su empleador no puede reducir sus beneficios culpando a una condición preexistente, a menos que proporcione evidencia médica específica que demuestre que la condición preexistente causó independientemente una discapacidad más allá de los efectos de la lesión laboral y del tratamiento.

### **Prorrateo a la Edad o al Envejecimiento Natural**

Los tribunales permiten el prorrateo por condiciones degenerativas específicas y documentadas (como la artritis visible en estudios de imagen) que contribuyeron a su discapacidad. Sin embargo, los tribunales rechazan el prorrateo al "envejecimiento" en general o al desgaste normal que se espera para su edad. Su empleador debe señalar una patología específica que esté documentada y sea medible (<https://torrezlegal.com/blog/can-pre-existing-conditions-affect-your-workers-compensation-claim/>).

### **--Parte 7: El Proceso de Evaluación Médica - PTPs, QMEs y AMEs**

Esta sección explica los tres tipos de médicos que pueden evaluar su discapacidad permanente y cómo se selecciona cada uno.

#### **Su Médico Tratante Primario (PTP)**

Su Médico Tratante Primario (Primary Treating Physician, PTP) es el médico que le trata por su lesión laboral. El PTP es típicamente el primer médico que evalúa su discapacidad permanente después de que alcance el MMI. El PTP redacta un informe de "Permanente y Estacionario" (P&S) que documenta su condición permanente, las calificaciones de impedimento, las restricciones laborales y las opiniones de prorrateo. Su PTP conoce su historial médico completo a través del tratamiento, lo cual es una ventaja, pero su calificación

no es vinculante (<https://www.spectrummedeval.com/qme-vs-ame/>) - cualquiera de las partes puede impugnarla.

### **Evaluadores Médicos Calificados (QMEs)**

Un Evaluador Médico Calificado (Qualified Medical Evaluator, QME) es un médico certificado por la División de Compensación al Trabajador (DWC) (<https://www.dir.ca.gov/dwc/MedicalUnit/QualificationForQME.html>) para realizar evaluaciones médicas independientes. Cuando surge una disputa sobre su calificación de PD, la DWC proporciona un panel de tres QMEs. El proceso de selección funciona de la siguiente manera:

Tanto usted (o su abogado) como la compañía de seguros reciben una lista de tres QMEs.

Cada parte puede "tachar" (eliminar) un nombre de la lista.

Usted debe programar una cita con el QME restante dentro de los 10 días y notificar al administrador de reclamos.

Importante: Si no cumple con estos plazos, la compañía de seguros puede elegir al QME por usted, lo que puede resultar en un evaluador menos favorable.

Se supone que los QMEs son neutrales, pero en la práctica, ambas partes intentan tachar al QME que creen que favorece al lado contrario. Las evaluaciones de QME tienden a ser más minuciosas que las evaluaciones del PTP porque el QME revisa todo su expediente de manera independiente.

### **Evaluadores Médicos Acordados (AMEs)**

Un Evaluador Médico Acordado (Agreed Medical Evaluator, AME) es un médico que tanto su abogado como la compañía de seguros acuerdan mutuamente utilizar. El proceso de AME está disponible únicamente si usted tiene un abogado. La ventaja es que ambas partes tienen más probabilidades de aceptar la opinión del AME, lo que puede agilizar su caso. La desventaja es que si la opinión del AME es desfavorable para usted, generalmente pierde el derecho a solicitar otra evaluación a través del proceso del panel de QME.

### **Consideraciones Estratégicas**

Las evaluaciones de AME funcionan mejor cuando usted tiene confianza en su evidencia médica y desea evitar disputas prolongadas.

Las evaluaciones de QME son mejores cuando usted cree que su médico tratante fue presionado por la compañía de seguros o cuando una evaluación independiente ayudaría a su caso.

Los trabajadores que cuentan con representación legal consistentemente logran mejores resultados en la evaluación y en el acuerdo que los trabajadores sin representación (<https://employeesfirstlaborlaw.com/permanent-disability-rating-schedule-pdrs-workers-comp/>).

### **--Parte 8: Resolución de Disputas - Cómo Impugnar una Calificación Incorrecta**

Esta sección explica qué hacer si no está de acuerdo con la calificación de impedimento de un médico o con la determinación de discapacidad de su empleador.

### **Presentación de una Objeción Bajo el Código Laboral § 4062**

Si no está de acuerdo con una determinación médica sobre su discapacidad permanente, debe presentar una objeción por escrito bajo el Código Laboral § 4062 (<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A74062-objections-to-medical-determinations/>). Los plazos son estrictos:

Si tiene un abogado: Debe objetar dentro de los 20 días de haber recibido el informe.

Si no tiene un abogado: Debe objetar dentro de los 30 días de haber recibido el informe.

Tras su objeción, deberá obtener una evaluación médica independiente. Si cuenta con un abogado, usted y la aseguradora pueden acordar un AME o solicitar un panel de QME. Si no está representado, la Unidad Médica del DWC le asignará un panel de QME.

### **La Evaluación del QME y su Informe**

Una vez designado, el QME realiza una evaluación minuciosa y emite un informe que aborda los asuntos en disputa, incluida su calificación de PD y la distribución de responsabilidad (apportionment). Este informe se comparte con ambas partes. Cualquiera de las partes puede aceptar la opinión del QME o proceder a una audiencia ante un juez de compensación para trabajadores (<https://www.dir.ca.gov/wcab/wcab.htm>).

### **Revisión Médica Independiente (IMR) para Disputas de Tratamiento**

Si su disputa se refiere a si realmente ha alcanzado el MMI o si necesita tratamiento médico adicional -en lugar de una disputa sobre su calificación de PD en sí- debe solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) conforme al Código Laboral § 5307.1 (<https://www.dir.ca.gov/dwc/imr.htm>). Si la IMR determina que es médicamente necesario un tratamiento adicional, usted debería recibir ese tratamiento antes de que se emita un informe final de P&S, lo que afectaría entonces su calificación de PD.

Importante: la IMR aborda disputas sobre tratamiento; las evaluaciones de QME/AME abordan disputas sobre calificación.

Estos son procesos separados, pero interactúan entre sí. Las disputas de tratamiento sin resolver pueden retrasar la determinación de su MMI y su calificación final.

### **Apelación de la Decisión de un Juez**

Si un juez de compensación para trabajadores emite una decisión sobre su calificación de PD que usted considera incorrecta, puede presentar una petición a la Junta de Apelaciones de Compensación para Trabajadores (WCAB) solicitando reconsideración dentro de los 20 días. Su petición debe identificar errores legales, aplicación indebida de la jurisprudencia, o conclusiones no sustentadas por la evidencia. La WCAB revisa el expediente completo y puede revertir, modificar o confirmar la decisión del juez (<https://www.dir.ca.gov/wcab/wcab.htm>).

## **--Parte 9: Beneficios y Acuerdos - Lo Que Su Calificación Significa en Dólares**

Esta sección explica cómo su calificación final de PD se convierte en dinero real que usted recibe.

### **Cómo se Convierten las Calificaciones en Pagos Semanales**

Su calificación final de PD determina el número de semanas durante las cuales recibirá pagos por incapacidad permanente y el monto por semana. Para lesiones ocurridas en o después del 1 de enero de 2013, los

beneficios se calculan con base en su porcentaje de calificación y su salario semanal promedio, sujeto a un mínimo de \$160 por semana y un máximo de \$290 por semana (<https://www.dir.ca.gov/dwc/workerscompensationbenefits.htm>) para calificaciones entre 1-99%.

A partir del 1 de enero de 2026, el salario semanal promedio máximo utilizado para los cálculos es de \$1,704 por semana. Incluso si usted gana más, sus beneficios se calculan con base en este límite.

### **Rangos Estimados de Acuerdo por Porcentaje de Incapacidad**

Estos rangos incluyen los beneficios por incapacidad permanente más los costos estimados de atención médica futura. Las cantidades reales varían según su caso específico:

1-10% PD: Valor estimado del acuerdo de \$5,000-\$22,000

11-25% PD: Valor estimado del acuerdo de \$20,000-\$70,000

26-50% PD: Valor estimado del acuerdo de \$75,000-\$225,000

51-75% PD: Valor estimado del acuerdo de \$230,000-\$500,000

76-99% PD: Valor estimado del acuerdo de \$520,000-\$1,200,000

100% PTD: Pagos semanales vitalicios más atención médica ilimitada; el valor presente normalmente supera \$1,000,000

Estas cifras provienen de las fórmulas estatutarias vigentes y de datos de acuerdos de 2025-2026 (<https://www.ksa-atty.com/blog/california-workers-comp-settlement-chart/>).

### **Opciones de Acuerdo**

Usted tiene dos formas principales de resolver su reclamo:

Compromiso y Liberación (Compromise and Release, C&R): Usted recibe una suma global única que cubre todos los

beneficios futuros de PD y los costos estimados de atención médica futura. A cambio, renuncia a todos los reclamos futuros derivados de esta lesión. Un juez de compensación para trabajadores debe aprobar el acuerdo para garantizar que sea justo.

Laudo Estipulado ("Stip"): Usted continúa recibiendo pagos quincenales durante el período establecido por la ley. Su atención médica permanece abierta bajo el control de la aseguradora, y puede reabrir su reclamo más adelante si su condición empeora.

### **Beneficios Suplementarios por Desplazamiento Laboral**

Si tiene una calificación de PD del 1-99% y su empleador no le ofrece trabajo modificado o alternativo dentro de los 60 días posteriores a la fecha de su P&S, usted es elegible para un Beneficio Suplementario por Desplazamiento Laboral (Supplemental Job Displacement Benefit, SJDB) - un vale no transferible con un valor de \$6,000 para lesiones posteriores al 1 de enero de 2013 (<https://www.dir.ca.gov/dwc/sjdb.html>). Puede utilizar este vale para:

Educación y capacitación

Programas de mejora de habilidades

Licencias o certificaciones ocupacionales

## **--Parte 10: Temas Especiales - Lesiones Psiquiátricas, CRPS y Casos Complejos**

Esta sección aborda tipos específicos de lesiones que presentan retos únicos en el proceso de calificación de deterioro.

### **Limitaciones en Lesiones Psiquiátricas**

Conforme al Código Laboral § 4660.1(c)

(<https://www.mastagni.com/2021/10/sb-863-limitations-on-recovery-for-psychiatric-disorders-arising-out-of-compensable-physical-injuries/>), usted no puede recibir una calificación aumentada de PD por lesión psiquiátrica (depresión, TEPT, problemas del sueño, disfunción sexual) derivada de una lesión física laboral a menos que:

Haya sido víctima de un acto violento o haya estado directamente expuesto a un acto violento significativo, o

Haya sufrido una lesión catastrófica.

Esto significa que un trabajador con dolor de espalda moderado que provoca depresión NO recibiría una calificación adicional por la depresión. Sin embargo, un trabajador con una lesión cerebral traumática severa que provoca TEPT podría recibir una