

Revisión de la utilización de la compensación laboral en California
Sistema: Análisis jurídico para fines judiciales y legales
Profesionales

(PARTE A: ANÁLISIS DE TRABAJADORES LESIONADOS)

26 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.

UTILIZACIÓN DE LA COMPENSACIÓN LABORAL DE CALIFORNIA

SISTEMA DE REVISIÓN: ANÁLISIS JURÍDICO

Este informe explica el sistema de revisión de utilización (RU) de California, un proceso que determina si su tratamiento médico en un caso de compensación laboral es médicamente necesario. La RU determina quién tiene autoridad sobre su tratamiento: el revisor médico del administrador de reclamaciones o un juez de compensación laboral (WCJ).

Es fundamental comprender los procedimientos, los plazos y sus derechos en materia de revisión de utilización, tanto si usted es un trabajador lesionado, un médico tratante o un empleador.

Principales conclusiones de este informe:

- Un WCJ puede decidir si el tratamiento es médicamente necesario solo cuando nunca se realizó una UR o cuando la decisión de la revisión de utilización se tomó tarde o tuvo graves problemas de procedimiento.
- Se aplican plazos estrictos a las decisiones de UR: cinco días hábiles para la revisión estándar, setenta y dos horas para la revisión urgente y treinta días para la revisión después de que ya se haya proporcionado el tratamiento. El incumplimiento de estos plazos invalida la decisión de UR.
- Las nuevas regulaciones que entrarán en vigor el 1 de abril de 2026 endurecen los requisitos de documentación y establecen estándares más altos para el cumplimiento de la UR.
- Una importante decisión judicial, *Illinois Midwest Insurance Agency v. WCAB (Rodríguez)*, eliminó una norma que anteriormente protegía el tratamiento en curso de la revisión de utilización, aunque la Corte Suprema de California está reconsiderando actualmente esta decisión.

Parte 1: La ley que crea el sistema de revisión de utilización

Esta sección explica la principal ley estatal que exige a los empleadores contar con un proceso de revisión de utilización y establece las normas sobre su funcionamiento.

¿Qué es la revisión de utilización?

La revisión de utilización (RU) es el proceso mediante el cual un empleador o su compañía de seguros revisa la recomendación de tratamiento de un médico y decide si la aprueba, la modifica o la deniega en función de la necesidad médica, es decir, si el tratamiento es necesario para curar o aliviar su lesión laboral. Esta definición proviene del Código Laboral de California, § 4610 (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>).

UR ocurre en tres momentos diferentes:

- Revisión prospectiva: antes de que se proporcione el tratamiento.
- Revisión concurrente — durante una estancia hospitalaria
- Revisión retrospectiva: después de que ya se haya administrado el tratamiento.

Importante: Solo un médico con licencia y cualificado para evaluar su problema médico específico puede modificar, retrasar o denegar su solicitud de tratamiento por razones de necesidad médica. Si una persona que no sea médico toma esa decisión, la decisión de revisión de utilización podría no ser válida. Esta restricción se establece en el Código Laboral de California, § 4610(e) (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>).

Directrices médicas utilizadas en UR

Los criterios utilizados en UR deben cumplir cuatro requisitos según el Código Laboral de California § 4610(f) (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>):

- Deben elaborarse con la participación de médicos en ejercicio.
- Deben ser coherentes con el Programa de Utilización de Tratamientos Médicos (MTUS, por sus siglas en inglés), que es el conjunto oficial de directrices de tratamiento de California adoptado en virtud del Código Laboral de California § 5307.27 (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/mtus.html>).
- Deben revisarse al menos una vez al año y actualizarse si es necesario.
- Deben compartirse con el médico y el empleado cuando se utilicen para cambiar o denegar un tratamiento en un caso específico

Requisito para el Director Médico

Todo empleador o aseguradora que realice una revisión de utilización (RU) debe contar con un director médico (un médico con licencia médica sin restricciones en California) responsable de supervisar todas las decisiones de RU. Este requisito proviene del Código Laboral de California, § 4610(d) (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>) y se describe con más detalle en las preguntas frecuentes sobre RU de la DWC para administradores de reclamaciones (https://www.dir.ca.gov/dwc/utilizationreview/ur_faq.htm).

Parte 2: Plazos obligatorios para las decisiones de UR

Esta sección explica los plazos estrictos que rigen cada decisión de revisión de utilización (RU). Incumplir estos plazos invalida la decisión de RU y puede otorgar a un juez la facultad de resolver su disputa sobre el tratamiento.

Revisión prospectiva y concurrente estándar: cinco días hábiles

Para las revisiones estándar (no urgentes) realizadas antes o durante el tratamiento, el administrador de reclamaciones debe tomar una decisión dentro de los cinco días hábiles normales a partir de la fecha en que reciba por primera vez una solicitud de autorización completa por escrito. Este plazo está establecido por el Código de Laboratorios de California § 4610(i) (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>) y 8 CCR § 9792.9.1(c)(3) (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>).

El plazo de cinco días comienza a contar a partir del día siguiente a la recepción de la solicitud. Los sábados, domingos y festivos no se consideran días hábiles.

Extensiones: Hasta catorce días

El plazo puede prorrogarse si el revisor necesita historiales médicos adicionales, resultados de pruebas o una consulta con un especialista. Según el Código de Laboratorios de California § 4610(i)(1) (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>), el administrador de reclamaciones debe:

- Notificar por escrito al médico tratante, al trabajador lesionado y a cualquier abogado dentro de los cinco días hábiles.
- Explique qué información, pruebas o consultas se necesitan.
- Proporcione una fecha prevista para la decisión.

Si no se recibe la información faltante en un plazo de catorce días, el revisor deberá denegar la solicitud, pero deberá indicar que la solicitud será reconsiderada cuando se proporcione la información.

Revisión acelerada (urgente): Setenta y dos horas

Cuando un trabajador lesionado enfrenta una amenaza inminente y grave para la salud, como dolor intenso o posible pérdida de la vida o de una extremidad, el médico tratante puede solicitar una revisión acelerada. Según el Código Laboral de California § 4610(i)(3) (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>) y 8 CCR § 9792.9.1(c)(4) (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>), la decisión de la revisión de utilización debe tomarse dentro de las setenta y dos horas posteriores a la recepción de la información necesaria.

El médico solicitante debe certificar por escrito el motivo de la necesidad de una revisión urgente. Si la solicitud no demuestra razonablemente una amenaza inminente, se aplicará el plazo estándar de cinco días. Para obtener más información sobre los requisitos de revisión acelerada, consulte Sullivan Attorneys — Expedited Review of Requests for Treatment (<https://www.sullivanattorneys.com/blog/expedited-review-of-requests-for-treatment-revisited>).

Revisión retrospectiva: Treinta días

Para el tratamiento que ya se ha proporcionado, la decisión de UR debe tomarse dentro de los treinta días posteriores a la recepción de la solicitud de autorización y la información médica razonablemente necesaria, según 8 CCR § 9792.9.1(c)(5) (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>).

Plazos de comunicación

Una vez tomada la decisión de UR, debe comunicarse al médico solicitante de acuerdo con 8 CCR § 9792.9.1(e) (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9792.9.1>):

- Revisión simultánea: Dentro de las veinticuatro horas siguientes a la decisión.
- Revisión prospectiva: Dentro de los dos días hábiles siguientes a la decisión.

La comunicación podrá realizarse inicialmente por teléfono, fax o correo electrónico, pero deberá ir seguida de una notificación por escrito.

Importante: Si no se comunica la decisión dentro de estos plazos, la decisión de UR queda invalidada, tal como lo dictaminó la WCAB en *Bodam v. San Bernardino County* (2014) y *Shanley v. Henry Mayo Newhall Memorial Hospital* (2014). Véase daisyBill — *Shanley v. Henry Mayo* (<https://kb.daisybill.com/articles/shanley-v-henry-mayo-newhall-memorial-hospital-2014>).

Parte 3: Cuándo un juez puede decidir sobre la necesidad médica

Esta sección explica las circunstancias en las que un juez de compensación laboral recupera la autoridad para decidir si un tratamiento es médicamente necesario.

Regla general: Una revocación válida elimina la autoridad del juez.

El principio fundamental es el siguiente: una determinación de UR oportuna y con el procedimiento correcto le quita al juez la facultad de decidir sobre la necesidad médica. En cambio, cualquier disputa se somete a una Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés), un proceso de revisión independiente que se describe en la Parte 5 de este informe.

Este principio se estableció en la histórica decisión en pleno *Dubon v. World Restoration, Inc.*, 79 Cal.

Casos de compensación 313 (WCAB en pleno 2014)

(https://www.dir.ca.gov/wcab/EnBancdecisions2014/Dubon_Jose.pdf). La Junta de Apelaciones sostuvo que una determinación de UR es inválida —y se restablece la autoridad del juez— solo cuando la decisión de UR es extemporánea o tiene defectos procesales sustanciales que socavan su integridad. Los errores menores o técnicos no son suficientes. Para ver el texto completo de la decisión, consulte *Dubon II* en *Justia* (<https://law.justia.com/cases/california/workers-compensation-appeals-board/2014/adj4274323-ana-0387677.html>).

¿Qué invalida una decisión de UR?

Los siguientes problemas pueden invalidar una decisión de UR y restablecer la autoridad de un juez, como se explica en *RJY Law — Utilization Review and WCJ Authority* (<https://www.rjylaw.com/utilization-review-in-california-workers-compensation-when-can-a-judge-address-medical-necessity/>):

- Decisión tardía: El administrador de reclamaciones no cumplió con el plazo de cinco días, setenta y dos horas o treinta días.
- Persona que toma decisiones sin ser médico: Alguien que no sea un médico con licencia negó o modificó un tratamiento por razones de necesidad médica, violando el Código Laboral de California § 4610(e) (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>)
- Ningún médico revisó realmente el caso: El registro no muestra que un médico calificado haya revisado el caso. la solicitud y tomó la decisión
- Notificación incorrecta sobre información faltante: El administrador de reclamaciones denegó una solicitud de información faltante. registros pero no le dijo al médico exactamente qué información se necesitaba
- Incumplimiento en la aplicación de las directrices MTUS: La decisión escrita no explica cómo se aplicaron las directrices MTUS (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/mtus.html>) u otras directrices basadas en la evidencia.

Importante: Cuando se determina que la revisión de utilización no es válida o nunca se realizó, el juez decide sobre la necesidad médica. Sin embargo, la carga de la prueba recae sobre el trabajador lesionado, quien debe demostrar mediante pruebas médicas que el tratamiento es razonablemente necesario.

Qué debe incluir una denegación válida de UR

Una decisión escrita que deniegue o modifique el tratamiento debe contener información específica según 8 CCR § 9792.9.1(e) (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>):

- La fecha en que se tomó la decisión
- Descripción del tratamiento solicitado
- Una descripción de cualquier tratamiento aprobado
- Una explicación clara de las razones médicas de la denegación, incluidas las directrices utilizadas.
- El nombre, la especialidad y el número de teléfono en EE. UU. del médico revisor.
- La disponibilidad del médico (al menos cuatro horas por semana) para discutir la decisión.
- Información sobre el derecho del trabajador lesionado a no estar de acuerdo y cómo contactar con la DWC Information and Unidad de asistencia

Parte 4: La decisión del caso Rodríguez y el tratamiento en curso.

Esta sección explica un fallo judicial importante que cambió la forma en que se aplica la revisión de utilización a los tratamientos que habían sido aprobados previamente.

Antecedentes: La doctrina Patterson

Antes de noviembre de 2025, una norma conocida como la doctrina Patterson (derivada del caso Patterson contra The Oaks Farm) establecía que si un empleador había autorizado previamente un tratamiento, no podía interrumpirlo sin demostrar que la condición del trabajador había cambiado. Esto significaba que el tratamiento continuo o de mantenimiento estaba, en gran medida, exento de la revisión de utilización de recursos.

La decisión del Tribunal de Apelación de Rodríguez

En noviembre de 2025, el Tribunal de Apelaciones del Segundo Distrito emitió una decisión publicada en Illinois Midwest Insurance Agency, LLC v. WCAB (Rodríguez) (<https://law.justia.com/cases/california/court-of-appeal/2025/b344044.html>) que eliminó la doctrina Patterson.

En ese caso, Orlando Rodríguez sufrió graves lesiones en la cabeza y el cerebro. Su médico tratante solicitó que se continuaran los servicios de atención médica domiciliaria. El administrador de reclamaciones envió la solicitud a UR, y el médico de UR la denegó. En lugar de recurrir al IMR, el abogado de Rodríguez argumentó, basándose en el caso Patterson, que el empleador no podía interrumpir la atención sin demostrar un cambio en su estado de salud.

El Tribunal de Apelación no estuvo de acuerdo y sostuvo que:

- Para lesiones ocurridas a partir del 1 de enero de 2013, el recurso exclusivo para disputas sobre necesidad médica es el IMR.
- No hay excepciones para el tratamiento continuo o de mantenimiento.
- Ya sea que la solicitud sea para un nuevo tratamiento, un tratamiento continuo o una reautorización de un tratamiento previamente aprobado. En cuanto al tratamiento, la disputa pertenece al sistema UR/IMR, no ante un juez.

Para un análisis detallado, consulte P. Badillo & Welch Law — The Death of the Patterson Doctrine (<https://www.pbw-law.com/the-death-of-the-patterson-doctrine-how-the-rodriguez-decision-returns-control-to-utilization-review/>).

Importante: El 21 de enero de 2026, la Corte Suprema de California admitió a trámite una solicitud de revisión en el caso Rodríguez (Caso n.º S294463). Esto significa que la decisión del Tribunal de Apelaciones no es definitiva y la Corte Suprema reconsiderará el asunto. Debe seguir de cerca este caso, ya que el resultado podría modificar las reglas nuevamente.

Parte 5: Revisión médica independiente: el paso final para las disputas sobre tratamientos.

Esta sección explica el proceso IMR, que es la principal vía para impugnar una denegación de UR por lesiones ocurridas a partir del 1 de enero de 2013.

¿Qué es una revisión médica independiente?

La Revisión Médica Independiente (RMI) es un proceso en el que un médico independiente, ajeno al empleador o al trabajador lesionado, revisa la decisión de la Revisión de Utilización (RU) y determina si el tratamiento denegado es médicamente necesario. La RMI entró en vigor el 1 de julio de 2013, según los artículos 4610.5 y 4610.6 del Código Laboral de California (https://www.dir.ca.gov/dwc/IMR/IMR_FAQs.htm), y se aplica a todos los trabajadores lesionados, independientemente de la fecha de la lesión.

Cómo solicitar una IMR

Debe presentar una solicitud dentro de los treinta días posteriores a la recepción de la decisión escrita de UR (o diez días si la disputa involucra solo medicamentos cubiertos por la Lista de Medicamentos MTUS). La solicitud debe ser:

- Elaborado en DWC Form IMR
- Presentado con una copia de la decisión de UR
- Enviado a Maximus Federal Services, Inc., que administra IMR para la División de Trabajadores de California.
Compensación

Para obtener instrucciones completas, consulte las Preguntas frecuentes sobre la revisión médica independiente de DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/IMR/IMRFAQs.htm>) y 8 CCR § 9792.10.1 (https://www.dir.ca.gov/t8/979210_1.html).

Cronograma de IMR

- Revisión periódica: La documentación debe presentarse en un plazo de quince días naturales; la decisión se emitirá en un plazo de treinta días a partir de la recepción de la documentación completa.
- Revisión acelerada (amenaza inminente para la salud): La documentación debe presentarse dentro de las veinticuatro horas; decisión dentro de los tres días si aún no se ha proporcionado el tratamiento, o dentro de los treinta días si ya se ha proporcionado.

Requisitos para el revisor de IMR

El revisor de IMR debe poseer un título de Doctor en Medicina (MD) o Doctor en Osteopatía (DO) y contar con la certificación vigente de la junta en la especialidad médica pertinente al tratamiento que se está revisando. El revisor debe aplicar las Guías de Uso de Medicamentos (MTUS, por sus siglas en inglés) (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/mtus.html>) o, si las MTUS no abordan el tratamiento, otras guías médicas basadas en la evidencia.

Impugnar una decisión de IMR

Las decisiones del IMR se presumen correctas y solo pueden ser revocadas mediante evidencia clara y convincente de uno de los cinco motivos específicos, tal como se describe en Bradford & Barthel — Apelación de las determinaciones del IMR (<https://bradfordbarthel.com/2020/05/04/how-appealing-is-your-appeal/>):

1. La decisión se basó en un conflicto de intereses.
2. La decisión era obviamente errónea a simple vista, según las pruebas médicas.
3. La decisión fue fraudulenta.
4. La decisión fue resultado de negligencia grave.
5. La decisión se basó en una conclusión de hecho manifiestamente errónea que es de conocimiento general (no una opinión de expertos).

Importante: Incluso si la WCAB revoca una decisión de IMR, el caso vuelve a un revisor de IMR diferente; la propia WCAB no puede decidir sobre la necesidad médica.

Parte 6: El programa de utilización de tratamientos médicos

Esta sección explica el MTUS, que es el estándar oficial para decidir qué tratamiento médico es razonable y necesario en los casos de compensación laboral en California.

¿Qué es el MTUS?

El Programa de Utilización de Tratamientos Médicos (MTUS) es un conjunto de regulaciones en 8 CCR §§ 9792.20–9792.27.23 (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/mtus.html>) que contienen directrices de tratamiento médico basadas en la medicina basada en la evidencia, es decir, recomendaciones de tratamiento respaldadas por la mejor investigación científica disponible.

El MTUS adopta las directrices desarrolladas por el Colegio Estadounidense de Medicina Ocupacional y Ambiental (ACOEM), a las que los proveedores médicos de California pueden acceder de forma gratuita a través de la plataforma MDGuidelines (<https://acoem.org/Practice-Resources/Practice-Guidelines-Center/MDGuidelines%C2%AE>).

Por qué es importante el MTUS

Se presume que el tratamiento acorde con el MTUS es razonable y necesario. Esto significa:

- Si su médico recomienda un tratamiento posterior a la ecografía transvaginal, generalmente no debería necesitar demostrarlo. necesidad médica
- Los revisores de UR deben utilizar el MTUS como punto de partida al revisar las solicitudes de tratamiento.
- Si un revisor de UR deniega un tratamiento que sigue el MTUS, debe explicar el motivo.

Tratamiento no cubierto por el MTUS

Cuando el tratamiento recomendado no está contemplado en el MTUS, aún puede autorizarse si está respaldado por otras guías médicas basadas en la evidencia y reconocidas a nivel nacional. Sin embargo, el médico tratante tiene la responsabilidad de presentar evidencia médica sustancial, como artículos revisados por pares o estudios clínicos, que demuestre que el tratamiento es médicamente necesario. Esto es un requisito establecido en 8 CCR § 9792.8 (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_8.html).

Nota: El tratamiento no puede denegarse únicamente porque no esté cubierto por las directrices de la ACOEM o la MTUS.

Formulario de medicamentos de MTUS

California adoptó un formulario de medicamentos como parte del MTUS en virtud del Proyecto de Ley 1124 de la Asamblea (https://calmatters.digitaldemocracy.org/bills/ca_201520160ab1124). El Formulario de Medicamentos del MTUS (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/MTUS-Formulary.html>) clasifica los medicamentos de la siguiente manera:

- Exento: No requiere UR antes de prescribir.
- No exento: requiere revisión de utilización antes de prescribir.
- Relleno especial: requiere autorización específica
- Relleno perioperatorio: para el control del dolor durante la cirugía.

Las disputas sobre medicamentos incluidos en el formulario utilizan un plazo de presentación de IMR más corto, de diez días en lugar de treinta.

Parte 7: Aplazamiento de la responsabilidad cuando esta se disputa

Esta sección explica qué sucede cuando el empleador cuestiona si es responsable de la lesión o del tratamiento recibido.

¿Cuándo se puede aplazar la solicitud de revisión de identidad?

Según el Código Laboral de California § 4610(l) (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>), la revisión de utilización no es necesaria mientras el empleador esté impugnando la responsabilidad por la lesión o la condición del tratamiento. Esto tiene sentido, ya que no tiene sentido revisar si el tratamiento es médicamente necesario si el empleador podría no ser responsable de la lesión en absoluto.

El reglamento de aplicación, 8 CCR § 9792.9.1(b) (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>), establece las normas para el aplazamiento. El administrador de reclamaciones debe emitir una decisión de aplazamiento por escrito dentro de los cinco días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud de tratamiento.

Qué debe decir la notificación de aplazamiento.

La solicitud de aplazamiento por escrito debe incluir, según 8 CCR § 9792.9.1(b) (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>) y Sullivan on Comp — Deferring Utilization Review (<https://www.sullivanoncomp.com/blog/deferring-utilization-review/>):

- Fecha en que se recibió la solicitud de autorización
- Una descripción del tratamiento específico solicitado
- Una explicación clara de por qué se disputa la responsabilidad (no solo una carta modelo; el motivo debe ser específico).
- Una declaración en lenguaje sencillo que le indique que las disputas pueden resolverse mediante acuerdo o a través de la WCAB

¿Qué sucede después de que se determina la responsabilidad?

Una vez establecida la responsabilidad, ya sea por decisión de la WCAB o por acuerdo, comienza a correr el plazo para UR:

- Para la revisión retrospectiva del tratamiento ya proporcionado durante el período de aplazamiento, la UR de treinta días El cronograma comienza en la fecha en que la responsabilidad se vuelve definitiva.
- Para la revisión prospectiva de nuevas solicitudes de tratamiento, el cronograma comienza cuando el administrador de reclamaciones recibe una nueva solicitud de autorización después de la determinación final de responsabilidad.

Consecuencias de no aplazar adecuadamente

En el caso *Hough v. CooperVision, Employers Insurance (2018)* (<https://compfox.io/caselaw/sherry-hough-vs-coopervision-employers-insurance>), la Junta de Apelaciones dictaminó que si el administrador de reclamaciones no emite correctamente un aviso de aplazamiento, la WCAB puede ejercer jurisdicción para decidir directamente sobre la necesidad médica. Esto significa que el empleador pierde la posibilidad de utilizar la revisión de utilización (UR) posteriormente. El cumplimiento estricto de los requisitos del aviso de aplazamiento es esencial.

Parte 8: Nuevas regulaciones que entrarán en vigor el 1 de abril de 2026.

Esta sección explica los cambios importantes en las normas de UR que entrarán en vigor el 1 de abril de 2026.

El 30 de diciembre de 2025, la Oficina de Derecho Administrativo de California aprobó importantes modificaciones a las regulaciones de UR. Estos cambios se anunciaron en el comunicado de prensa DIR 2025-125 (<https://www.dir.ca.gov/DIRNews/2025/2025-125.html>) y Enlyte los resume en detalle en su informe "Actualizaciones de las regulaciones de UR de California" (<https://www.enlyte.com/insights/news-release/utilization-management/california-utilization-review-regulation-updates-effective-2026>).

Cambios clave

La "retraso" ya no es un resultado independiente de la revisión de utilización (RU). Los resultados de la RU ahora se limitan a tres categorías: aprobación, modificación o denegación. Lo que antes se denominaba "retraso" ahora se considera una denegación temporal pendiente de información o un aplazamiento pendiente de resolución de responsabilidad.

Proceso de aprobación de planes de revisión de utilización más estricto. El director administrativo debe responder en un plazo de treinta días sobre si la solicitud de un plan de revisión de utilización está completa. Para los planes que deniegan o modifican el tratamiento, se debe emitir una decisión en un plazo de sesenta días a partir de la presentación completa. Si transcurren noventa días sin que se haya tomado ninguna medida, se otorga la aprobación provisional.

Se ha ampliado la definición de "modificación sustancial". Ahora, los cambios en el director médico, la dirección de la empresa, el nombre o la estructura corporativa se consideran modificaciones sustanciales que deben notificarse en un plazo de treinta días.

Se aclara la regla de efectividad de doce meses. Una denegación de revisión de utilización (UR) sigue vigente durante doce meses para el mismo tratamiento administrado por el mismo médico o grupo de práctica, a menos que el médico documente un cambio sustancial en la condición del paciente.

Exención de tratamiento durante los primeros treinta días (SB 1160). El tratamiento recibido durante los primeros treinta días posteriores a una lesión generalmente está exento de la revisión de utilización prospectiva, siempre que el médico tratante presente el Primer Informe del Médico (Formulario DIR 5021) y una solicitud de autorización que detalle todos los tratamientos previstos. Las excepciones incluyen cirugía, tratamiento psicológico, diagnóstico por imágenes avanzado, atención médica domiciliaria, equipos costosos, medicina electrodiagnóstica e inyecciones espinales.

Sanciones administrativas

Las enmiendas de 2026 establecen o aclaran las sanciones bajo 8 CCR § 9792.12 (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_12.html) por violaciones de UR, incluidas:

- Operar sin un plan UR aprobado: \$50,000
- No obtener o mantener la acreditación URAC: \$5,000–\$10,000
- Permitir que una persona que no sea médico deniegue un tratamiento por motivos de necesidad médica: entre 10.000 y 50.000 dólares.
- Incumplimiento del plazo de cinco días hábiles para la decisión: \$2,000–\$5,000
- Incumplimiento del plazo de revisión acelerada de setenta y dos horas: \$5,000–\$10,000

Parte 9: Pasos y procedimientos prácticos

Esta sección ofrece una descripción general paso a paso de cómo funciona UR en la práctica y qué debe hacer en cada etapa.

Paso 1: Envío de una solicitud de autorización

El médico tratante presenta una Solicitud de Autorización (RFA) por escrito utilizando el Formulario RFA de DWC o una carta narrativa, según lo exige 8 CCR § 9785.5 (https://www.dir.ca.gov/t8/9785_5.html). La solicitud debe:

- Identificar al empleado y al proveedor
- Describa el tratamiento recomendado con especificidad.
- Incluir documentación que justifique la necesidad médica.

Según el artículo 9792.6.1 del Título 8 del Código de Reglamentos de California (<https://www.dir.ca.gov/t8/979261.html>), una solicitud se considera "completada" únicamente cuando están presentes los tres elementos. Las solicitudes incompletas pueden ser devueltas.

Paso 2: Toma de decisiones de UR

Una vez recibida una solicitud de propuesta (RFA) completa:

1. Revisión estándar: Decisión en un plazo de cinco días hábiles (aplicable a catorce días con la debida notificación).

2. Revisión acelerada: Decisión en un plazo de setenta y dos horas.
3. Revisión retrospectiva: Decisión en un plazo de treinta días.

Paso 3: Comunicación de la decisión

La decisión debe comunicarse al médico solicitante:

- Dentro de las veinticuatro horas para revisión simultánea
- En un plazo de dos días hábiles para su posible revisión.

Se requiere una notificación de seguimiento por escrito.

Paso 4: Si se deniega o modifica el tratamiento

Si UR niega o modifica el tratamiento:

1. Presente una solicitud de revisión médica independiente dentro de los treinta días (diez días para disputas relacionadas únicamente con medicamentos).
2. Utilice el formulario IMR de DWC e incluya una copia de la decisión de UR.
3. Enviar a Maximus Federal Services, Inc.
4. Espere la decisión del IMR (generalmente dentro de los treinta días posteriores a la presentación de la documentación completa).

Paso 5: Impugnar una decisión de UR por motivos procesales

Si considera que la decisión de la revisión de utilización (RU) fue extemporánea o presentó defectos procesales importantes, puede plantear esta cuestión ante la Junta de Apelaciones de Compensación Laboral (WCAB). Estas son cuestiones legales que competen a un juez, no a la Oficina de Revisión de Indemnización (IMR). Si el juez considera que la RU fue inválida, deberá demostrar mediante evidencia médica que el tratamiento es razonablemente necesario.

Parte 10: Consideraciones importantes para el futuro

Esta sección destaca los problemas emergentes que pueden afectar su caso.

La decisión del caso Rodríguez está siendo revisada por la Corte Suprema.

El Tribunal Supremo de California aceptó revisar el caso Rodríguez (Caso n.º S294463) el 21 de enero de 2026. Hasta que el Tribunal Supremo emita su fallo, existe incertidumbre sobre si se reinstaurará la doctrina Patterson, que protege el tratamiento en curso. Manténgase al tanto de las novedades en P. Badillo & Welch Law (<https://www.pbw-law.com/the-death-of-the-patterson-doctrine-how-the-rodriguez-decision-returns-control-to-utilization-review/>).

El cumplimiento normativo es más importante que nunca.

Las enmiendas del 1 de abril de 2026 elevan los estándares técnicos para la revisión de utilización (UR). Los administradores de reclamaciones se enfrentan a sanciones más severas por infracciones de procedimiento. Los trabajadores lesionados y sus representantes deben revisar cuidadosamente las decisiones de UR para detectar cualquier incumplimiento de plazos, documentación o procedimiento.

La transparencia de los datos de UR sigue siendo limitada.

A pesar de leyes como la SB 1160 y la SB 537 (<https://legiscan.com/CA/text/SB537/id/2056534>), que exigen la presentación de informes de datos de UR, la DWC no ha proporcionado estadísticas de UR transparentes al público. Esto está documentado por daisyBill — CA DWC UR Audit Failures (<https://blog.daisybill.com/ca-dwc-ur-audit-workers-comp>). Esta falta de transparencia dificulta que los trabajadores lesionados y el público evalúen si las denegaciones de UR son apropiadas.

Iniciativas legislativas sobre la concesión de licencias a médicos en la Universidad de Utah.

El proyecto de ley SB 636 (2023–2024) (https://calmatters.digitaldemocracy.org/bills/ca_20232024sb636), que habría exigido que los médicos de UR que revisaran casos para empleadores privados contaran con una licencia médica de California, fue vetado por el Gobernador. Véase daisyBill — SB 636 (<https://blog.daisybill.com/ca-sb-636-demands-ca-licensed-ur-physicians>). Se recomienda estar al tanto de las futuras iniciativas legislativas en este ámbito.

Defectos procesales como herramientas de negociación

Si usted es un trabajador lesionado, revise cuidadosamente cada denegación de UR para detectar infracciones de plazos, información faltante, omisión de la identificación del médico revisor o falta de citación de guías médicas. Incluso los problemas menores pueden usarse como ventaja en las negociaciones para llegar a un acuerdo o para restablecer la autoridad del juez sobre su disputa de tratamiento.

Referencias

1. Código Laboral de California § 4610 — Requisitos de Revisión de Utilización (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>) - Legislatura de California.
2. 8 CCR § 9792.9.1(b) — Aplazamiento de UR basado en disputa de responsabilidad (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>) - Código de Reglamentos de California, Título 8.
3. Página principal de revisión de utilización de DWC (https://www.dir.ca.gov/dwc/ur_main.htm) - Departamento de Relaciones Industriales de California.
4. 8 CCR § 9792.9.1 — Normas UR: Plazo, procedimientos y notificación (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>) - Código de Reglamentos de California, Título 8. También disponible en la Facultad de Derecho de Cornell (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9792.9.1>).
5. 8 CCR § 9792.6.1 — Normas UR: Definiciones (<https://www.dir.ca.gov/t8/979261.html>) - Código de Reglamentos de California, Título 8.
6. 8 CCR § 9792.7 — Normas UR: Aplicabilidad (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_7.html) - Código de Reglamentos de California, Título 8.
7. Guía completa del artículo 4610 del Código Laboral (<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A74610-utilization-review-ur-workers-comp/>) - Ley Laboral de Employees First.
8. Dubon v. World Restoration, Inc., 79 Cal. Comp. Cases 313 (WCAB en banc 2014) (https://www.dir.ca.gov/wcab/EnBancdecisions2014/Dubon_Jose.pdf) - Junta de Apelaciones de Compensación para Trabajadores.
9. Dubon II — Texto completo de la decisión en pleno (<https://law.justia.com/cases/california/workers-compensation-appeals-board/2014/adj4274323-ana-0387677.html>) - Justia.
10. Actualizaciones de la normativa UR de California vigentes a partir del 1 de abril de 2026 (<https://www.enlyte.com/insights/news-release/utilization-management/california-utilization-review-regulation-updates-effective-2026>) - Enlyte.
11. Aplazamiento de la revisión de utilización y Hough v. CooperVision (<https://www.sullivanoncomp.com/blog/deferring-utilization-review>) - Sullivan on Comp.
12. Aprobación de la OAL — 30 de diciembre de 2025 (Comunicado de prensa del DIR 2025-125) (<https://www.dir.ca.gov/DIRNews/2025/2025-125.html>) - Departamento de Relaciones Industriales de California.
13. Resumen del caso Hough contra CooperVision (<https://compfox.io/caselaw/sherry-hough-vs-coopervision-employers-insurance>) - CompFox.
14. Guía básica del proyecto de ley del Senado 1160 (<https://calawyers.org/workers-compensation/appeasing-both-sides-a-quick-primer-on-senate-bill-1160%EF%BB%BF/>) - Asociación de Abogados de California.
15. Proyecto de Ley 1124 de la Asamblea — Formulario de Medicamentos Recetados para Compensación Laboral (https://calmatters.digitaldemocracy.org/bills/ca_201520160ab1124) - CALMatters Democracia Digital.
16. Formulario de medicamentos de MTUS (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/MTUS-Formulary.html>) - Departamento de Relaciones Industriales de California.
17. Illinois Midwest Insurance Agency, LLC v. WCAB (Rodriguez) (2025) (<https://law.justia.com/cases/california/court-of-appeal/2025/b344044.html>) - Tribunal de Apelaciones de California, Segundo Distrito.
18. Revisión acelerada de solicitudes de tratamiento (<https://www.sullivanattorneys.com/blog/expedited-review-of-requests-for-treatment-revisited>) - Sullivan Attorneys.
19. Guía práctica de IMR y UR (https://bradfordbarthel.com/wp-content/uploads/2021/06/20151113URIMR_PP.pdf) - Bradford & Barthel, LLP.
20. Programa de utilización de tratamientos médicos (MTUS) (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/mtus.html>) - Departamento de Relaciones Industriales de California.
21. Fallos en las auditorías de CA DWC UR (<https://blog.daisybill.com/ca-dwc-UR-audit-workers-comp>) - daisyBill.
22. Centro de Guías de Práctica de ACOEM (<https://acoem.org/Practice-Resources/Practice-Guidelines-Center>) - Colegio Americano de Medicina Ocupacional y Ambiental.
23. SB 537 — Requisitos de datos de utilización del proveedor (<https://legiscan.com/CA/text/SB537/id/2056534>) - LegiScan.
24. 8 CCR § 9792.8 — Criterios basados en criterios médicos (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_8.html) - Código de Reglamentos de California, Título 8.
25. 8 CCR § 9792.10.1 — Resolución de disputas por lesiones posteriores a 2013 (<https://www.dir.ca.gov/t8/9792101.html>) - Código de Reglamentos de California, Título 8.
26. SB 636 — Requisito de médicos de urgencias con licencia de California (<https://blog.daisybill.com/ca-sb-636-demands-ca-licensed-ur-physicians>) - daisyBill.

27. Preguntas frecuentes de DWC UR para administradores de reclamaciones (https://www.dir.ca.gov/dwc/utilizationreview/ur_faq.htm) - División de Compensación para Trabajadores de California.
28. La muerte de la doctrina Patterson — Análisis de decisiones de Rodriguez (<https://www.pbw-law.com/the-death-of-the-patterson-doctrine-how-the-rodriguez-decision-returns-control-to-utilization-review/>) - P. Bufete de abogados Badillo & Welch.
29. Estado e historial del proyecto de ley SB 636 (https://calmatters.digitaldemocracy.org/bills/ca_202320240sb636) - CALMatters Democracia Digital.
30. Revisión de la utilización y autoridad del juez de compensación laboral para determinar la necesidad médica (<https://www.rjylaw.com/utilization-review-in-california-workers-compensation-when-can-a-judge-address-medical-necessity/>) - RJY Law.
31. Apelación de resoluciones de IMR (<https://bradfordbarthel.com/2020/05/04/how-appealing-is-your-appeal/>) - Bradford & Barthel, LLP.
32. Casos de solicitud de asistencia judicial de la WCAB y requisitos de plazos (<https://blog.daisybill.com/wcab-rfa-cases-and-why-they-matter-part-ii>) - daisyBill.
33. ¿Qué es el Programa de Utilización de Tratamientos Médicos (MTUS)? (<https://employeesfirstlaborlaw.com/what-is-the-medical-treatment-utilization-schedule-mtus/>) - Employees First Labor Law.
34. ACOEM MDGuidelines (<https://acoem.org/Practice-Resources/Practice-Guidelines-Center/MDGuidelines%C2%AE>) - ACOEM.
35. 8 CCR § 9792.12 — Tabla de sanciones administrativas por infracciones de UR (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_12.html) - Código de Reglamentos de California, Título 8.
36. 8 CCR § 9785 — Deberes de presentación de informes del médico tratante principal (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.html>) - Código de Reglamentos de California, Título 8.
37. 8 CCR § 9785.5 — Formulario de solicitud de autorización (Formulario RFA de DWC) (https://www.dir.ca.gov/t8/9785_5.html) - Código de Reglamentos de California, Título 8.
38. Preguntas frecuentes y proceso de la Revisión Médica Independiente (IMR) (https://www.dir.ca.gov/dwc/IMR/IMR_FAQs.htm) - División de Compensación para Trabajadores de California.
39. Shanley v. Henry Mayo Newhall Memorial Hospital (2014) — Requisito de comunicación oportuna (<https://kb.daisybill.com/articles/shanley-v-henry-mayo-newhall-memorial-hospital-2014>) - daisyBill.

Utilización de la compensación laboral en California

Sistema de revisión: análisis jurídico para fines judiciales y Abogados

(PARTE B: ANÁLISIS JURÍDICO)

Generado por: Asistente Legal de IA

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

26 de febrero de 2026

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

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

Resumen ejecutivo

El sistema de revisión de utilización (RU) de compensación laboral de California representa uno de los aspectos más complejos y procesalmente intrincados del derecho laboral moderno, determinando fundamentalmente la distribución de autoridad entre los administradores de reclamaciones, los médicos tratantes, los revisores médicos y el poder judicial.^{[1][3]} Este informe examina el marco legal que rige las determinaciones de RU, los requisitos procesales que eliminan o restablecen la jurisdicción del Juez de Compensación Laboral (WCJ) sobre las disputas de necesidad médica, y el panorama regulatorio tras la aprobación el 30 de diciembre de 2025 y la entrada en vigor el 1 de abril de 2026 de las enmiendas integrales a la regulación de RU. El análisis revela que la RU ha evolucionado hasta convertirse en un proceso administrativo altamente técnico donde el cumplimiento procesal determina directamente la autoridad judicial, y donde incluso fallas menores en la documentación pueden invalidar las determinaciones de RU y restablecer la jurisdicción de la Junta de Apelaciones de Compensación Laboral (WCAB) sobre cuestiones de necesidad médica.

Hallazgos clave: Primero, la jurisdicción del WCJ para determinar la necesidad médica existe solo cuando la UR nunca se realiza, o cuando una determinación de UR es oportuna y procesalmente válida.^{[8][11][44]} Segundo, los plazos legales para la toma de decisiones de UR son obligatorios: cinco días hábiles para la revisión prospectiva (extendible a catorce días con la notificación adecuada), setenta y dos horas para la revisión acelerada y treinta días para la revisión retrospectiva, y el incumplimiento de estos plazos invalida las determinaciones de UR y restablece la autoridad judicial.^{[4][36]} Tercero, las recientes enmiendas regulatorias vigentes a partir del 1 de abril de 2026 endurecen sustancialmente los requisitos de documentación, materialidad y revisor médico de maneras que impactan directamente las prácticas de administración de reclamos.^{[13][13]} Cuarto, la histórica decisión Illinois Midwest Insurance Agency v. WCAB (Rodríguez) del Tribunal de Apelación elimina la excepción de la "doctrina Patterson" a la UR, lo que significa que el tratamiento continuo o de mantenimiento ya no está exento de la revisión prospectiva de UR.^{[24][39][42]}

Evaluación de riesgos para el cliente: Para los empleadores y administradores de reclamaciones, el incumplimiento de los requisitos de procedimiento de la revisión de utilización (RU) genera un riesgo significativo de litigio. Para los trabajadores lesionados y los médicos tratantes, comprender los defectos de procedimiento que invalidan la RU es fundamental para restablecer la autoridad judicial. Para los profesionales, la precisión en la documentación, la puntualidad y el cumplimiento de los procedimientos de la RU es ahora más crucial que nunca.

Marco de decisión estratégica: Este informe identifica tres enfoques viables: (1) modo de cumplimiento estricto de procedimientos, donde los administradores de reclamaciones invierten en una infraestructura sólida de revisión de utilización (RU) para garantizar el cumplimiento de todos los plazos y requisitos de documentación; (2) estrategia de aplazamiento, donde las disputas sobre la responsabilidad por afecciones o tratamientos específicos se aplazan conforme a la Sección 4610(l) del Código Laboral, a la espera de la resolución de la responsabilidad; y (3) planificación de autorización prospectiva, donde los administradores de reclamaciones establecen procesos de autorización previa en sus planes de RU para agilizar las aprobaciones de tratamientos. Cada enfoque conlleva perfiles de riesgo distintos y requiere diferentes plazos de implementación.

I. Marco legal que rige la revisión de la utilización

A. Sección 4610 del Código Laboral: Requisitos legales básicos

La Sección 4610 del Código Laboral establece el requisito fundamental de que todo empleador debe establecer y mantener un proceso de revisión de utilización.^{[1][36][1]} El estatuto define la revisión de utilización como "funciones de revisión o gestión de utilización que revisan y aprueban, modifican, retrasan o niegan de manera prospectiva, retrospectiva o concurrente, basándose total o parcialmente en la necesidad médica de curar y aliviar, las recomendaciones de tratamiento de los médicos".^[1] Esta definición abarca tres dimensiones temporales de revisión: prospectiva (antes de que se presten los servicios), concurrente (durante la atención hospitalaria en curso) y retrospectiva (después de que se hayan prestado los servicios).

El estatuto otorga explícitamente la autoridad para aprobar solicitudes de tratamiento a varias personas, pero restringe la autoridad para modificar, retrasar o denegar solicitudes únicamente a médicos con licencia.^{[1][36]} La Sección 4610(e) del Código Laboral establece que "[n]inguna persona que no sea un médico con licencia que sea competente para evaluar los problemas clínicos específicos involucrados en los servicios de tratamiento médico, y cuando estos servicios estén dentro del alcance de la práctica del médico, solicitados por el médico, puede modificar, retrasar o denegar solicitudes de autorización de tratamiento médico por razones de necesidad médica para curar y aliviar."^[36] Esta restricción opera como un límite jurisdiccional crítico: cuando un no médico hace una determinación de modificación, retraso o denegación, la decisión de UR es procesalmente defectuosa y puede ser invalidada.

La Sección 4610(f) del Código Laboral exige que los criterios o directrices utilizados en el proceso de revisión de utilización cumplan cuatro condiciones: deben desarrollarse con la participación de médicos en ejercicio activo; deben ser coherentes con el Programa de Utilización de Tratamientos Médicos (MTUS) adoptado en virtud de la Sección 5307.27 del Código Laboral; deben evaluarse al menos anualmente y actualizarse si es necesario; y deben divulgarse al médico y al empleado cuando se utilicen como base para una decisión de modificar, retrasar o denegar servicios en un caso específico.[1][36][1] Estos requisitos garantizan que las decisiones de UR se basen en estándares médicamente defendibles y basados en la evidencia en lugar de objetivos de contención de costos.

B. Plazos obligatorios y períodos prorrogables

La Sección 4610(i) del Código Laboral prescribe plazos de decisión obligatorios con procedimientos de extensión específicos.[1][36] Para la revisión prospectiva o concurrente, las decisiones deben tomarse de manera oportuna, apropiada a la naturaleza de la condición del trabajador lesionado, sin exceder los cinco días hábiles a partir de la fecha de recepción de la solicitud escrita de autorización.[1][4][36] Este requisito de cinco días hábiles es jurisdiccionalmente significativo: el incumplimiento de este plazo hace que la determinación de UR sea extemporánea e inválida, privando al administrador de reclamos del escudo de UR y restableciendo la autoridad del WCJ sobre la necesidad médica.

La ley permite prórrogas en circunstancias específicas. De conformidad con la Sección 4610(i)(1) del Código Laboral, el plazo puede extenderse si el administrador de reclamaciones no ha recibido toda la información médica necesaria solicitada razonablemente, si el revisor ha solicitado exámenes o pruebas adicionales, o si el revisor necesita la consulta de un especialista.[1][36] Cuando se presente alguna de estas condiciones, el administrador de reclamaciones debe notificar por escrito al médico tratante, al trabajador lesionado y al abogado del trabajador lesionado (si está representado) dentro de los cinco días hábiles siguientes, especificando qué información, pruebas o consulta con un especialista se requiere e indicando una fecha prevista para la decisión.[36]

Para la revisión acelerada, la Sección 4610(i)(3) del Código Laboral exige que las decisiones se tomen de manera oportuna y apropiada a la condición del trabajador lesionado, sin exceder las setenta y dos horas posteriores a la recepción de la información escrita razonablemente necesaria para tomar la determinación.[1][4][26][36] La revisión acelerada se activa cuando el trabajador lesionado enfrenta una amenaza inminente y grave para su salud, o cuando el plazo para la revisión no acelerada sería perjudicial para la condición del trabajador lesionado o podría poner en peligro su capacidad para recuperar la máxima función.[26][36] El médico solicitante debe certificar por escrito y documentar la necesidad de la revisión acelerada; una solicitud que no esté razonablemente respaldada por evidencia que establezca una amenaza inminente y grave se revisará dentro del plazo estándar de cinco días hábiles.[26]

Para la revisión retrospectiva (revisión de los servicios ya prestados), el estatuto no especifica un plazo en el texto legal, pero las reglamentaciones de implementación en el Título 8, Código de Reglamentos de California Sección 9792.9.1(c)(5) establecen que las decisiones retrospectivas deben tomarse dentro de los treinta días de la recepción de la solicitud de autorización y la información médica razonablemente necesaria para tomar una determinación.[4]

C. Aplazamiento de la revisión de utilización y el papel de las disputas sobre responsabilidad

La Sección 4610(l) del Código Laboral establece que "[n]o se requerirá la revisión de utilización de una recomendación de tratamiento mientras el empleador esté disputando la responsabilidad por la lesión o el tratamiento de la condición para la cual se recomienda el tratamiento de conformidad con la Sección 4062." [1][14] Esta disposición de aplazamiento refleja un juicio de política de que es ineficiente realizar una revisión de necesidad médica cuando la cuestión preliminar de si la lesión o el tratamiento es compensable permanece sin resolver.

El reglamento de implementación, la Sección 9792.9.1(b) del Código de Reglamentos de California, detalla los mecanismos de aplazamiento. [2][14] Si el administrador de reclamaciones disputa la responsabilidad por la lesión ocupacional para la cual se recomienda el tratamiento o el tratamiento recomendado en sí mismo por motivos distintos a la necesidad médica, puede emitir una decisión escrita que aplaze la revisión de utilización, pero solo si este aplazamiento se emite a más tardar cinco días hábiles después de la recepción de la solicitud de autorización (a menos que el médico solicitante haya sido notificado previamente de una disputa sobre la responsabilidad por un curso de tratamiento específico). [2][14] La decisión de aplazamiento escrita debe incluir: la fecha de recepción de la solicitud de autorización; una descripción del curso específico del tratamiento médico propuesto que se solicita; una explicación clara, concisa y apropiada del motivo de la disputa de responsabilidad por la lesión, la parte o partes del cuerpo reclamadas o el tratamiento recomendado; y una declaración en lenguaje sencillo que informe al empleado lesionado que cualquier disputa se resolverá mediante acuerdo de las partes o a través de la Junta de Apelaciones de Compensación para Trabajadores.[2][6]

Si se difiere la revisión de utilización, el tiempo para realizar la revisión retrospectiva de utilización comenzará en la fecha en que la determinación de la responsabilidad del administrador de reclamaciones sea definitiva (ya sea por decisión de la Junta de Apelaciones de Compensación Laboral o por acuerdo de las partes).[2][14] Una vez determinada la responsabilidad, el tiempo para realizar la revisión prospectiva de utilización comenzará a partir de la fecha en que el administrador de reclamaciones reciba una solicitud de autorización después de la determinación final de la responsabilidad.[2][14] Este mecanismo de aplazamiento evita que la UR se convierta en una determinación de responsabilidad de facto, pero no elimina la obligación de realizar la UR una vez establecida la responsabilidad.

D. El requisito de supervisión del director médico

La Sección 4610(d) del Código Laboral exige que todo empleador, asegurador u otra entidad sujeta a la ley debe emplear o designar a un director médico que posea una licencia sin restricciones para ejercer la medicina en California.[1][36] La responsabilidad del director médico es garantizar que el proceso mediante el cual el empleador revisa y aprueba, modifica, retrasa o deniega las solicitudes de los médicos cumpla con los requisitos de la Sección 4610 del Código Laboral y las reglamentaciones de implementación.[36] El director médico es responsable de todas las decisiones tomadas en el proceso de revisión de utilización.[41] Este requisito garantiza que las determinaciones de UR estén sujetas a la supervisión final de un médico con licencia responsable ante la Junta Médica de California por la adecuación y propiedad de las decisiones de UR.

II. Marco regulatorio: Título 8 del Código de Regulaciones de California, Artículo 5.5.1

A. Definiciones y conceptos fundamentales (Sección 9792.6.1 del CCR)

El Título 8 del Código de Reglamentos de California, Sección 9792.6.1, proporciona definiciones completas que rigen el sistema UR.[5] Una solicitud de autorización "completa" debe identificar tanto al empleado como al proveedor, identificar con especificidad un tratamiento o tratamientos recomendados y estar acompañada de documentación que justifique la necesidad del tratamiento solicitado.[5] Esta definición significa que las solicitudes truncadas o vagas pueden ser devueltas al médico tratante como incompletas, extendiendo el plazo de decisión.

La normativa distingue entre la "revisión concurrente", definida como la revisión de utilización realizada durante una estancia hospitalaria, y la revisión prospectiva realizada antes de la administración del tratamiento.[2][5] Define al "director médico" como el médico y cirujano con licencia de la Junta Médica de California o de la Junta Osteopática de California que posee una licencia sin restricciones para ejercer la medicina en el Estado de California y que es responsable de todas las decisiones tomadas en el proceso de revisión de utilización.[5]

Cabe destacar que las enmiendas del 1 de abril de 2026 eliminan la definición previa de "retraso" como una categoría separada de resultados de UR.[13] Esta eliminación tiene importancia técnica porque aclara que los resultados de UR se limitan a tres categorías: aprobación, modificación o denegación. Lo que antes se caracterizaba como un "retraso" ahora se entiende como una denegación temporal en espera de recibir información adicional o un aplazamiento total de UR en espera de la resolución de una disputa sobre el umbral de responsabilidad.

B. Aplicabilidad y requisitos del plan UR (Sección 9792.7 del CCR)

Cada administrador de reclamaciones está obligado a establecer y mantener un proceso de revisión de utilización para el tratamiento prestado a partir del 1 de enero de 2004, independientemente de la fecha de la lesión, en cumplimiento de la Sección 4610 del Código Laboral.[25][25] Cada proceso de UR debe estar establecido en un plan de revisión de utilización por escrito que se presente ante el Director Administrativo de la División de Compensación para Trabajadores.[25][25] El plan debe contener: el nombre, la dirección, el número de teléfono y el número de licencia médica del director médico empleado o designado; una descripción del proceso mediante el cual se revisan las solicitudes de autorización y se toman decisiones; una descripción del proceso para manejar revisiones aceleradas; una descripción de los criterios específicos utilizados en el proceso de revisión y toma de decisiones, incluidos los protocolos o estándares de tratamiento consistentes con el MTUS; y una descripción de las calificaciones y funciones del personal involucrado en la toma de decisiones.[25][25]

A partir del 1 de julio de 2018, todo plan de UR que modifique o deniegue solicitudes de tratamiento debe obtener la acreditación de gestión de utilización de compensación laboral de la Comisión de Acreditación de Revisión de Utilización (URAC), a menos que el Director Administrativo lo exima como un programa interno de revisión de utilización del sector público o sin fines de lucro.[41][41] Las modificaciones sustanciales a los planes de UR (definidas como cambios en los estándares de UR o proveedores de UR) deben presentarse ante el Director Administrativo dentro de los treinta días calendario.[25][25]

Las enmiendas del 1 de abril de 2026 ampliaron sustancialmente los plazos de revisión y los procedimientos de aprobación del plan UR.[13][13] El Director Administrativo ahora debe notificar a las organizaciones dentro de los treinta días de si

Una presentación de un plan UR está completa o específica qué información falta.[13] Para los planes que modifican o niegan tratamientos, el Director Administrativo debe emitir una decisión de aprobación o denegación dentro de los sesenta días posteriores a la presentación completa.[13] Las organizaciones pueden recibir aprobación condicional por hasta seis meses, con una posible extensión de seis meses si se demuestran esfuerzos de buena fe.[13] Si se niega un plan UR, la notificación de denegación debe indicar los motivos y es efectiva por doce meses a menos que se acuerde un período más corto.[13]

C. Criterios basados en criterios médicos (Sección 9792.8 del CCR)

La Sección 9792.8 del Código de Reglamentos de California exige que los criterios utilizados en la revisión de la utilización sean consistentes con el programa de utilización de tratamientos médicos adoptado de conformidad con la Sección 5307.27 del Código Laboral, y para las afecciones no abordadas por las Guías de Práctica de la ACOEM o el MTUS oficial, el tratamiento autorizado debe estar de acuerdo con otras guías de tratamiento médico basadas en la evidencia generalmente reconocidas por la comunidad médica nacional.[37][31] El tratamiento no puede denegarse únicamente por el hecho de que no esté abordado por las Guías de Práctica de la ACOEM o el MTUS.[37]

La parte pertinente de los criterios o directrices utilizados debe divulgarse por escrito al médico solicitante, al trabajador lesionado y al abogado del trabajador lesionado (si está representado) si se utiliza como base para una decisión de modificar, retrasar o denegar servicios en un caso específico.[37][31] El administrador de reclamaciones no puede cobrar al trabajador lesionado, al abogado del trabajador lesionado ni al médico solicitante por una copia de la parte pertinente de los criterios o directrices utilizados para modificar, retrasar o denegar la solicitud de tratamiento.[37]

D. Plazos y requisitos de procedimiento (Sección 9792.9.1 del CCR)

La Sección 9792.9.1 del Código de Reglamentos de California establece el marco procedimental detallado para las decisiones de UR emitidas para lesiones ocurridas a partir del 1 de enero de 2013, o decisiones comunicadas a partir del 1 de julio de 2013, independientemente de la fecha de la lesión.[4][47] Este reglamento es el principal medio para comprender los plazos operativos de UR y los requisitos de documentación.

Plazos de revisión prospectiva y concurrente: Las decisiones prospectivas o concurrentes deben tomarse de manera oportuna, de acuerdo con la naturaleza de la condición del trabajador lesionado, sin exceder los cinco días hábiles normales a partir de la fecha en que el administrador de reclamaciones recibe por primera vez una solicitud de autorización completa.[4][47] El plazo comienza el día siguiente a la fecha de recepción, y los días hábiles normales se definen para excluir sábados, domingos y días festivos.[47] Si un plazo cae en sábado, domingo o día festivo, el conteo se reanuda el siguiente día hábil normal.[4][41]

Plazos de revisión acelerada: Las decisiones prospectivas o concurrentes sobre las solicitudes de revisión acelerada deben tomarse de manera oportuna y apropiada a la condición del trabajador lesionado, sin exceder las setenta y dos horas posteriores a la recepción de la información escrita razonablemente necesaria para tomar la determinación.[4][26][47] El médico solicitante debe certificar por escrito y documentar la necesidad de una revisión acelerada; una solicitud que no esté razonablemente respaldada por evidencia de una amenaza inminente y grave para la salud se revisará dentro del plazo estándar de cinco días hábiles.[4][26]

Comunicación de decisiones: Las decisiones de aprobar, modificar, retrasar o denegar solicitudes deben comunicarse al médico solicitante dentro de las veinticuatro horas siguientes a la decisión para la revisión concurrente y dentro de los dos días hábiles para la revisión prospectiva.[4][36][47] Para las decisiones de revisión concurrente que impliquen modificación, retraso o denegación, la comunicación inicial por teléfono o fax debe ir seguida de una notificación por escrito dentro de las veinticuatro horas; para la revisión prospectiva, la comunicación inicial puede ser por teléfono, fax o correo electrónico, seguida de una notificación por escrito dentro de los dos días hábiles.[4][36][47]

Solicitud de información adicional: Si el revisor necesita información no proporcionada, el administrador de reclamaciones debe notificar por escrito al médico solicitante, al trabajador lesionado y al abogado del trabajador lesionado (si está representado) que la decisión no puede tomarse dentro del plazo requerido.[4] La notificación debe especificar la información solicitada pero no recibida, los exámenes o pruebas adicionales requeridos, la especialidad del revisor experto que se consultará y una fecha prevista para la decisión.[4] Si la información no se recibe dentro de los catorce días para la revisión prospectiva o concurrente, o treinta días para la revisión retrospectiva, el revisor denegará la solicitud con la condición de que la solicitud se reconsiderará una vez recibida la información.[4]

Plazos de revisión retrospectiva: Las decisiones retrospectivas deben tomarse dentro de los treinta días de la recepción de la solicitud de autorización y la información médica razonablemente necesaria para tomar una determinación.[4][47]

E. Requisitos de contenido para las decisiones de denegación y modificación (Sección 9792.9.1(e) del CCR)

Las decisiones escritas que modifican, retrasan o deniegan la autorización de tratamiento deben incluir: la fecha en que se toma la decisión; una descripción del curso específico del tratamiento médico propuesto para el cual se solicitó autorización; una descripción específica del servicio de tratamiento médico aprobado, si lo hubiera; una explicación clara, concisa y apropiada de las razones de la decisión del administrador de reclamaciones, incluidas las razones clínicas con respecto a la necesidad médica y una descripción de los criterios o directrices médicas pertinentes utilizados para llegar a la decisión.[4][36][47] Si la decisión se basa en información incompleta o insuficiente, la decisión debe especificar la razón y especificar qué información se necesita.[4][36]

La decisión también debe incluir el nombre y la especialidad del revisor o revisor experto, el número de teléfono en los Estados Unidos del revisor o revisor experto, y las horas de disponibilidad del médico tratante para discutir la decisión, que deben ser de al menos cuatro horas por semana durante el horario laboral normal (de 9:00 a. m. a 5:30 p. m., hora del Pacífico) o en un horario acordado.[4][36][6] La notificación escrita debe informar al trabajador lesionado del derecho a no estar de acuerdo con la decisión y debe incluir información sobre cómo comunicarse con la unidad de Información y Asistencia de DWC.[4][36][47]

F. Eficacia de doce meses de las denegaciones de UR (Sección 9792.9.1(o) del CCR)

Una decisión de revisión de utilización para modificar, retrasar o denegar una solicitud de autorización permanecerá vigente durante doce meses a partir de la fecha de la decisión sin ninguna otra acción por parte del administrador de reclamaciones con respecto a cualquier recomendación adicional del mismo médico, u otro médico dentro del grupo de práctica del médico solicitante, para el mismo tratamiento a menos que la recomendación adicional esté respaldada por un cambio documentado en los hechos materiales a la base de la decisión de revisión de utilización.[4][13][13][6] Esta disposición elimina la preocupación de que el mismo tratamiento se vuelva a revisar repetidamente; sin embargo, también crea posibles disputas cuando el médico tratante afirma que la condición del paciente ha cambiado materialmente.

Las enmiendas del 1 de abril de 2026 aclararon que una solicitud de autorización que se encuentre dentro de este período de doce meses no puede ser aplazada bajo la Sección 4610(k) del Código Laboral si el médico solicitante indica u opina de manera expresa e inequívoca en la solicitud que ha habido un cambio en los hechos materiales a la base de la denegación anterior e incluye documentación de dicho cambio.[13][13] Dicha solicitud debe ser revisada por un médico revisor, y cualquier modificación o denegación debe cumplir con todos los requisitos aplicables.[13][13]

G. Resolución de disputas y acceso a revisión médica independiente (Sección 9792.10.1 del CCR)

Si la solicitud de autorización no es aprobada, o si es aprobada en parte, cualquier disputa relacionada con la necesidad médica se resolverá a través del proceso de Revisión Médica Independiente establecido por las Secciones 4610.5 y 4610.6 del Código Laboral.[38] Una solicitud de revisión médica independiente debe ser presentada por una parte elegible (el trabajador lesionado, el representante del trabajador lesionado o el médico tratante) dentro de los treinta días posteriores a la notificación de la determinación escrita de revisión de utilización emitida por el administrador de reclamos.[38] Si la decisión de revisión de utilización solo niega o modifica un medicamento que figura en la Lista de Medicamentos MTUS, la solicitud de revisión médica independiente debe presentarse dentro de los diez días posteriores a la notificación de la decisión escrita de revisión de utilización.[38]

III. Jurisdicción judicial sobre la necesidad médica: cuándo los jueces de compensación laboral pueden decidir sobre el tratamiento.

A. El efecto vinculante de las determinaciones de UR válidas y oportunas

El principio fundamental que rige la jurisdicción del WCJ es que una determinación de UR oportuna y procesalmente válida priva al WCJ de autoridad para determinar la necesidad médica.[44] Este principio se deriva de la intención legislativa de eliminar las determinaciones de necesidad médica del ámbito judicial y conferir las a los profesionales médicos (primero a través de UR, luego a través de una Revisión Médica Independiente si la UR es impugnada).[24][39][44]

En *Dubon v. World Restoration, Inc.* (decisión en pleno del 27 de febrero de 2014), la Junta de Apelaciones sostuvo que una determinación de UR es inválida y no está sujeta a Revisión Médica Independiente solo si es extemporánea o sufre de defectos procesales materiales que socavan la integridad de la determinación de UR; los defectos técnicos menores o inmateriales son insuficientes para invalidar una determinación de UR.[8][11] La Junta de Apelaciones sostuvo además que las cuestiones legales relativas a la puntualidad de una decisión de UR deben ser resueltas por la WCAB, no por la IMR.[8] Si

Si se determina que la UR de un demandado es inválida debido a la falta de tiempo o a defectos procesales importantes, la cuestión de la necesidad médica no está sujeta a la IMR, sino que debe ser determinada por la WCAB con base en evidencia médica sustancial, y el empleado tiene la carga de probar que el tratamiento es razonablemente necesario.[8][11]

B. Defectos de sincronización como fallas jurisdiccionales

Debido a que los plazos legales para la UR son obligatorios, el incumplimiento de los mismos invalida la determinación de UR y restablece la jurisdicción del WCJ.[46] En *Bodam v. San Bernardino County* (20 de noviembre de 2014), la WCAB sostuvo que una comunicación extemporánea de una decisión de UR es una decisión inválida.[46] En *Shanley v. Henry Mayo Newhall Memorial Hospital* (2014), la WCAB sostuvo que las decisiones de UR deben comunicarse al médico tratante dentro del plazo preciso especificado por la ley: dentro de las veinticuatro horas de la decisión para la revisión concurrente, o dentro de los dos días hábiles para la revisión prospectiva.[46][64] La mera comunicación a otra persona, o la comunicación tardía, no satisface el requisito; el momento debe ser exacto y la comunicación debe llegar al médico solicitante.[46][64]

La consecuencia práctica es significativa: los administradores de reclamaciones deben mantener una documentación rigurosa que demuestre con exactitud cuándo se tomaron las decisiones de UR y cuándo se produjo la comunicación. Si no se presenta dicha documentación, el administrador de reclamaciones no podrá defender la validez de la determinación de UR en caso de impugnación.[46][64]

C. Defectos procesales que restablecen la autoridad judicial

Los defectos procesales materiales que "socava la integridad de la determinación de la UR" invalidan una UR, incluso si no es extemporánea.[8][11][44] Ejemplos de defectos procesales materiales incluyen los siguientes:

Toma de decisiones por parte de personal no médico: Si un profesional no médico aprueba un tratamiento, esto no constituye un defecto, ya que solo los médicos pueden aprobarlo. Sin embargo, si un profesional no médico modifica, retrasa o deniega un tratamiento por motivos de necesidad médica, esto sí constituye un defecto procesal importante, dado que la Sección 4610(e) del Código Laboral restringe dichas decisiones a los médicos con licencia.[1][36][44][25][41] Los profesionales no médicos pueden aprobar solicitudes y discutir los criterios con los médicos tratantes, pero no pueden realizar denegaciones ni modificaciones definitivas.[25][41]

Ausencia de revisión médica: Si la decisión de UR implica una denegación o modificación, pero el registro muestra que ningún médico revisó y tomó la decisión, esto es un defecto procesal material.[44] La responsabilidad del director médico incluye asegurar que todas las denegaciones y modificaciones sean realizadas por médicos competentes; si esto no está documentado, la determinación de UR es defectuosa.[44][41]

Solicitudes de información faltante sin notificación adecuada: Si el revisor deniega una solicitud porque falta información, pero el administrador de reclamaciones no notifica al médico solicitante especificando qué información se necesita, esto puede constituir un defecto de procedimiento.[4][44] La normativa exige una notificación explícita de qué información adicional se requiere; una notificación vaga o incompleta puede considerarse defectuosa.[4]

Falta de uso de MTUS o guías basadas en la evidencia: Si la decisión de UR no cita o explica cómo aplicó el MTUS o las guías basadas en la evidencia aplicables, esto puede hacer que la decisión sea procesalmente defectuosa.[37][44][31] La decisión escrita debe explicar las razones clínicas de la denegación o modificación; una decisión que no proporciona dicha explicación es susceptible de impugnación.[4][36]

D. La decisión del caso Rodríguez y la eliminación de la doctrina Patterson

En noviembre de 2025, el Tribunal de Apelaciones del Segundo Distrito emitió una decisión histórica publicada en *Illinois Midwest Insurance Agency, LLC v. WCAB (Rodríguez)* que alteró drásticamente el panorama de los litigios de UR.[24][39] En ese caso, un trabajador lesionado (Orlando Rodríguez) sufrió lesiones graves en la cabeza y el cerebro en noviembre de 2016. Su médico tratante solicitó servicios de atención médica domiciliaria, que el administrador de reclamaciones autorizó por aproximadamente un año. En septiembre de 2019, el médico presentó una nueva solicitud de autorización para continuar con la atención médica domiciliaria. El administrador de reclamaciones envió la solicitud a UR, donde el médico de UR denegó la solicitud con base en las pautas clínicas.

En lugar de apelar a través del proceso de Revisión Médica Independiente, el abogado de Rodríguez solicitó una audiencia acelerada, argumentando que bajo la doctrina *Patterson v. The Oaks Farm* (que había sostenido que si un empleador había autorizado previamente un curso de tratamiento, no podía negar una solicitud posterior para el mismo tratamiento sin demostrar un cambio en la condición del empleado), el empleador no tenía derecho a detener la atención médica domiciliaria sin probar que la condición de Rodríguez había cambiado.[24][39][42]

El WCJ y el WCAB se pusieron del lado de Rodríguez, basándose en Patterson. El empleador apeló ante el Tribunal de Apelación, argumentando que las reformas legislativas de 2013 (SB 863) fueron diseñadas para quitar las decisiones médicas a los jueces y dárselas a los profesionales médicos a través del proceso UR/IMR.[24][39]

El Tribunal de Apelación estuvo de acuerdo. En una opinión decisiva, el Tribunal de Apelación sostuvo que, para las lesiones ocurridas a partir del 1 de enero de 2013, el recurso exclusivo para las disputas médicas es la Revisión Médica Independiente, sin excepción para el tratamiento "en curso" o de "mantenimiento".[24][39][42] El Tribunal sostuvo que, ya sea que una solicitud sea para un tratamiento inicial, un tratamiento continuo o una reautorización del mismo tratamiento después de que haya expirado una autorización previa, la disputa sobre la necesidad médica corresponde al sistema UR/IMR, no a un juez.[24][39][42]

El Tribunal rechazó Patterson por crear una regla "extraestatutaria" que contradecía la intención de la Legislatura de controlar los costos y agilizar los casos a través del profesionalismo médico en lugar de las segundas conjeturas judiciales.[24][39][42]

La consecuencia práctica es que los administradores de reclamaciones ya no están obligados a aprobar tratamientos continuos o de mantenimiento de forma indefinida. Cuando se presenta una nueva solicitud de autorización para continuar el tratamiento, esta puede enviarse a UR para una nueva determinación basada en los estándares actuales de necesidad médica y el MTUS, incluso si el mismo tratamiento ya fue autorizado previamente. La responsabilidad recae ahora en el trabajador lesionado, quien debe demostrar, a través del proceso UR/IMR, que el tratamiento continuado sigue siendo médicamente necesario.[24][39][42]

Sin embargo, el 21 de enero de 2026, la Corte Suprema de California admitió una Petición de Revisión en el caso Rodríguez (Caso No. S294463), lo que significa que la decisión de Rodríguez no es definitiva y la Corte Suprema reconsiderará la cuestión de si se aplica la doctrina Patterson.[42][42] Los profesionales deben seguir de cerca este caso a medida que avanza en la revisión de la Corte Suprema.

E. La consecuencia de no realizar la investigación de utilización en absoluto

Si un administrador de reclamaciones no realiza la UR en absoluto, es decir, si no se realiza ninguna determinación de UR dentro del plazo requerido, el WCJ recupera la autoridad para determinar la necesidad médica basándose en evidencia médica sustancial.[44] Este es un punto procesal crítico: la carga de la prueba cambia. Cuando la UR es inválida o inexistente, el empleado debe probar mediante evidencia médica que el tratamiento solicitado es razonablemente necesario para curar o aliviar los efectos de la lesión.[44] La WCAB decidirá entonces la cuestión de la necesidad médica, sin acatar la determinación de UR de un profesional médico.[44]

IV. Revisión médica independiente: El recurso administrativo final para determinar la necesidad médica.

A. Marco legal (Secciones 4610.5 y 4610.6 del Código Laboral)

La Revisión Médica Independiente (IMR) entró en vigor el 1 de julio de 2013 y se aplica a todos los trabajadores lesionados, independientemente de la fecha de la lesión.[60] Para las lesiones ocurridas a partir del 1 de enero de 2013, las disputas sobre si una denegación, retraso o modificación del tratamiento de la UR es médicamente necesaria se resuelven exclusivamente a través de la IMR (excepto en circunstancias limitadas en las que la determinación de la UR en sí misma no sea válida debido a defectos de procedimiento o fallas de tiempo).[38]

Una parte elegible (el trabajador lesionado, un representante, el médico tratante o, en el caso de tratamiento de emergencia, el proveedor de emergencia) puede solicitar IMR dentro de los treinta días posteriores a la notificación de la determinación de revisión de utilización por escrito.[38][60] Para las decisiones que solo involucran medicamentos cubiertos por la Lista de Medicamentos MTUS, el plazo es de diez días.[38] La solicitud debe hacerse en el Formulario IMR de DWC y enviarse con una copia de la decisión de UR a Maximus Federal Services, Inc., que administra IMR en nombre del Departamento de Compensación para Trabajadores de California.[38][60]

B. Proceso y cronograma de IMR

Al recibir una solicitud de IMR, la oficina del Director Administrativo realiza una revisión de elegibilidad para determinar si la disputa califica para IMR.[60] Una IMR no es elegible si la solicitud no se presentó a tiempo, si un reclamo fue denegado porque el contrato de seguro no cubre el tratamiento, o si el administrador de reclamos todavía está disputando la responsabilidad por una lesión ocupacional o parte del cuerpo reclamada.[7][60]

Si cumple los requisitos, la oficina del Director Administrativo asigna el caso a Maximus, que notifica a las partes que el caso ha sido asignado para una revisión ordinaria o acelerada.[60] Para la revisión ordinaria, toda la documentación médica pertinente debe proporcionarse a Maximus en un plazo de quince días naturales (o doce días para la notificación electrónica), y Maximus debe emitir una decisión en un plazo de treinta días a partir de la recepción de la documentación completa.[60]

Para una revisión acelerada (cuando el trabajador lesionado enfrenta una amenaza inminente y grave para la salud), se debe proporcionar la documentación dentro de las veinticuatro horas, y Maximus debe emitir una decisión dentro de los tres días si no se ha proporcionado el tratamiento en disputa, o dentro de los treinta días si el tratamiento ya se ha proporcionado.[60]

El médico de IMR debe poseer un título de MD o DO y una certificación vigente de una junta de especialidad médica estadounidense reconocida en el área apropiada para la condición bajo revisión.[10][10][60] La decisión de IMR debe ser consistente con el MTUS de California o, si las guías no abordan el tratamiento, con otras guías médicas basadas en la evidencia.[10][10][60] La decisión de IMR debe estar escrita en términos simples y comprensibles que hagan referencia a las guías médicas seguidas para estar de acuerdo o en desacuerdo con la decisión de UR.[10][10]

La organización IMR debe mantener la confidencialidad de los nombres de los revisores de IMR en todas las comunicaciones con personas ajenas a la organización.[60]

C. Carácter vinculante y derechos de apelación limitados

Las decisiones de IMR se presumen correctas y solo pueden ser revocadas por evidencia clara y convincente de uno o más fundamentos legales específicos.[45] Los cinco fundamentos para apelar una determinación de IMR son: (1) la determinación se basó en un conflicto de intereses; (2) la determinación era obviamente errónea en sí misma según la evidencia médica; (3) la determinación fue fraudulenta; (4) la determinación fue el resultado de negligencia grave; y (5) la determinación fue el resultado de una conclusión de hecho manifiestamente errónea, expresa o implícita, que es una cuestión de conocimiento ordinario basada en la información presentada para revisión y no una cuestión sujeta a opinión de expertos.[45]

Si una WCAB revoca una determinación de IMR por alguno de estos motivos, la disputa debe ser remitida al Director Administrativo para que la presente a una organización IMR diferente para su revisión; si no hay una organización diferente disponible, a un revisor diferente en la organización IMR original.[45] En ningún caso la WCAB puede hacer una determinación de necesidad médica contraria a la determinación de la organización IMR.[45]

V. El Programa de Utilización de Tratamientos Médicos (MTUS): El estándar de evidencia

A. Estatus y presunta corrección

El Programa de Utilización de Tratamientos Médicos es un conjunto de regulaciones que se encuentran en el Título 8 del Código de Regulaciones de California, Secciones 9792.20 a 9792.27.23, que contienen pautas y reglas de tratamiento médico para determinar qué es atención médica razonable y necesaria.[31][49][31] El MTUS se basa en principios de medicina basada en la evidencia, lo que significa que las decisiones de tratamiento se guían por recomendaciones respaldadas por la mejor evidencia médica disponible.[31][49][31]

El MTUS ha adoptado las directrices de tratamiento desarrolladas por el Colegio Estadounidense de Medicina Ocupacional y Ambiental (ACOEM), que son accesibles gratuitamente para los proveedores médicos de California a través de la plataforma MDGuidelines.[34][50][51] Se presume que las directrices de tratamiento del ACOEM son correctas en cuanto a la extensión y el alcance del tratamiento médico.[31][49][31] Esta presunción significa que el tratamiento consistente con las directrices del MTUS debe guiar las decisiones de tratamiento en la mayoría de los casos; los médicos tratantes no necesitan probar la necesidad médica si el tratamiento es consistente con el MTUS; y los revisores de UR deben aplicar las directrices del MTUS como punto de partida para sus determinaciones.[31][49][31]

B. Tratamiento no contemplado en el MTUS: Refutación y excepciones

Cuando un tratamiento recomendado no está contemplado en las guías MTUS, o cuando un médico tratante desea refutar la presunción de corrección de las MTUS, el tratamiento puede autorizarse cuando las circunstancias médicas justifiquen una excepción, si está respaldado por la mejor evidencia médica disponible de otras guías médicas basadas en la evidencia y reconocidas a nivel nacional.[13][37][31] La carga de la prueba se invierte: el médico tratante debe presentar evidencia médica sustancial (artículos revisados por pares, estudios clínicos, testimonio de expertos) que establezca que el tratamiento fuera de las MTUS es médicamente necesario.[13][37][31]

Formulario de medicamentos de C. MTUS

La División de Compensación para Trabajadores adoptó un formulario de medicamentos como parte del MTUS para implementar el Proyecto de Ley 1124 de la Asamblea.[19][22][49] El formulario se basa en evidencia y se fundamenta en las recomendaciones de las guías de tratamiento del MTUS.[22][49] Los medicamentos se clasifican como exentos (no requieren

UR prospectiva), no exenta (que requiere UR prospectiva), llenado especial (que requiere autorización) o llenado perioperatorio (para el manejo del dolor perioperatorio).[49]

Las disputas sobre si un medicamento recetado está cubierto por el formulario están sujetas a UR dentro de los cinco días hábiles, con un proceso IMR simplificado disponible dentro de los diez días (en lugar de los treinta días estándar).[19][38][49]

VI. Novedades regulatorias recientes: Enmiendas del 1 de abril de 2026

A. Aprobación del Reglamento Final por la Oficina de Derecho Administrativo

El 30 de diciembre de 2025, la Oficina de Derecho Administrativo de California (OAL) aprobó enmiendas integrales a las regulaciones de revisión de utilización de California.[16][13] Estas enmiendas, vigentes a partir del 1 de abril de 2026, implementan exenciones para la UR bajo el Proyecto de Ley del Senado 1160 (tratamiento dentro de los primeros treinta días de la lesión) y el Proyecto de Ley de la Asamblea 1124 (medicamentos exentos en el formulario).[16][13][13] También hacen cumplir los requisitos de acreditación legales, modifican las reglas de investigación de UR y mejoran la coordinación del tratamiento médico.[16][13][13]

B. Cambios clave en las normas y definiciones de UR (Sección 9792.6.1)

Las enmiendas del 1 de abril de 2026 eliminan la definición anterior de "retraso" como una categoría de resultado separada.[13] Las regulaciones ahora aclaran que los resultados de UR se limitan a tres: aprobación, modificación o denegación.[13] Lo que antes se caracterizaba como un "retraso" pendiente de la recepción de información adicional ahora se entiende con mayor precisión como una denegación temporal pendiente de información o un aplazamiento de UR pendiente de la resolución de responsabilidad.[13]

La definición de "revisor experto" ahora establece explícitamente que la consulta debe ser "solicitada por el administrador de reclamaciones o la organización de revisión de utilización, lo que requiere una extensión de tiempo, antes de la determinación de la necesidad médica".[13] Esta aclaración limita las circunstancias bajo las cuales el plazo para la revisión de utilización puede extenderse en función de la consulta de un experto.[13]

La definición de "Modificación material" se ha ampliado para incluir no solo cambios en el proveedor o los estándares de revisión de utilización, sino también "cambios en el director médico, la dirección, el nombre de la empresa o la estructura corporativa".[13]

Las modificaciones de materiales deben presentarse dentro de los treinta días con la certificación de cumplimiento.[13]

C. Proceso mejorado de revisión del plan UR (Sección 9792.7)

Las enmiendas del 1 de abril de 2026 endurecieron sustancialmente el proceso de aprobación del plan UR.[13][13] El Director Administrativo debe notificar a las organizaciones dentro de los treinta días si la presentación de un plan UR está completa o especificar qué información falta.[13] Para los planes que modifican o niegan tratamientos, el Director Administrativo debe emitir una decisión de aprobación o denegación dentro de los sesenta días de la presentación completa (más una posible extensión de sesenta días después del período inicial de sesenta días).[13] Después de noventa días sin acción, se otorga la aprobación provisional.[13]

El plazo de apelación para el rechazo/denegación del plan UR se ha ampliado de la ley anterior a veinticinco días.[13]

D. Criterios basados en criterios médicos (Sección 9792.8)

Las enmiendas del 1 de abril de 2026 aclaran que los médicos revisores deben utilizar criterios consistentes con el MTUS, incluida la metodología para evaluar la evidencia médica según la Sección 9792.25.1.[13] El tratamiento que exceda la cobertura del MTUS puede autorizarse cuando las circunstancias médicas justifiquen una excepción, si está respaldado por la mejor evidencia médica disponible.[13]

E. Decisiones de la UR para modificar o denegar (Sección 9792.9.5)

Las enmiendas establecen nuevos requisitos para las decisiones escritas que modifican o deniegan la autorización del tratamiento.[13][13][13][13] Cuando un médico solicitante ha opinado expresamente que el tratamiento o los criterios prerrequisito, según lo recomendado en las directrices de tratamiento aplicables, deben pasarse por alto o son irrelevantes para el tratamiento solicitado, el médico revisor debe proporcionar una explicación de por qué la explicación del médico solicitante es insuficiente.[13][13][13][13]

Las enmiendas aclaran que una decisión de UR de modificar o denegar un tratamiento médico por motivos de necesidad médica debe permanecer vigente durante doce meses a partir de la fecha de la decisión, sin necesidad de ninguna otra acción por parte de la

administrador de reclamaciones, con respecto a recomendaciones adicionales del mismo médico u otro médico dentro del grupo de práctica del médico solicitante para el mismo tratamiento, a menos que la recomendación adicional esté respaldada por un cambio documentado en los hechos materiales a la base de la decisión de UR.[13][13][13][13]

F. Exención de tratamiento de los primeros 30 días (SB 1160)

Las enmiendas del 1 de abril de 2026 incorporan exenciones de la UR prospectiva para el tratamiento prestado dentro de los primeros treinta días de la lesión, sujeto a condiciones específicas.[13][13] El médico tratante inicial debe presentar oportunamente el "Primer Informe del Médico sobre Lesión o Enfermedad Ocupacional" (Formulario DIR 5021) que establece en detalle el plan de tratamiento previsto para el trabajador lesionado.[13][13] Todo tratamiento o servicio que se prevé proporcionar en los primeros treinta días después de la fecha de la lesión, incluidos los medicamentos exentos recetados bajo el Formulario de Medicamentos MTUS, debe establecerse en una solicitud de autorización proporcionada al administrador de reclamaciones, presentada simultáneamente con el Primer Informe del Médico.[13][13]

Los médicos tratantes posteriores durante el período de treinta días deben presentar una solicitud de autorización después de su primera visita indicando todo el tratamiento que se está prestando.[13][13] La factura del tratamiento médico del médico tratante para el tratamiento no urgente debe presentarse al administrador de reclamaciones dentro de los treinta días de la fecha en que se prestó el servicio; las facturas de tratamiento de emergencia deben presentarse dentro de los 180 días.[13][13]

La exención se aplica a todos los tratamientos o servicios excepto: cirugía; tratamiento psicológico; servicios de imagenología y radiología (excluidos los rayos X); servicios de atención médica domiciliaria; equipo médico duradero/prótesis/ortesis/ suministros (DMEPOS) cuando el costo de compra o alquiler sea superior a \$250; medicina electrodiagnóstica; e inyecciones espinales.[13][13]

G. Sanciones administrativas por incumplimiento (Sección 9792.12)

Las enmiendas del 1 de abril de 2026 establecen o aclaran sanciones monetarias por varias violaciones de UR.[13] [13][56][13][13] Se imponen sanciones por fallas que incluyen: no obtener la aprobación del Director Administrativo para un plan de UR antes de la operación (\$50,000); no obtener o mantener la acreditación URAC (\$5,000-\$10,000 dependiendo de las circunstancias); no garantizar que solo los revisores médicos nieguen el tratamiento con base en la necesidad médica (\$10,000-\$50,000); no garantizar decisiones oportunas dentro de los cinco días hábiles para revisiones no aceleradas (\$2,000-\$5,000); no tomar o emitir decisiones escritas dentro de las setenta y dos horas para revisiones aceleradas (\$5,000-\$10,000); y no impedir que los revisores no médicos nieguen o modifiquen las solicitudes de tratamiento.[13][13] [56][13][13]

Para las sanciones "b" (infracciones técnicas), la determinación de la calificación de desempeño se realiza en base a una muestra de solicitudes de autorización seleccionadas aleatoriamente; si el administrador de reclamaciones o URO logra una calificación de desempeño del ochenta y cinco por ciento, se eximen las sanciones "b".[41]

VII. Aplazamiento de la revisión de utilización por controversias sobre responsabilidad

A. El marco legal y la implementación reglamentaria

La Sección 4610(l) del Código Laboral establece que no se requerirá una revisión de utilización mientras el empleador esté disputando la responsabilidad por la lesión o el tratamiento de la condición para la cual se recomienda el tratamiento.[1][14][36] Esta excepción refleja una decisión política según la cual realizar una revisión de la necesidad médica mientras una cuestión de responsabilidad mínima permanece sin resolver es ineficiente y potencialmente un despilfarro.

El reglamento de implementación, la Sección 9792.9.1(b) del Código de Reglamentos de California, establece el marco procesal para el aplazamiento.[2][14][36] Si el administrador de reclamaciones disputa la responsabilidad por la lesión ocupacional para la cual se recomienda el tratamiento o el tratamiento recomendado en sí mismo por razones distintas a la necesidad médica, el administrador de reclamaciones puede emitir una decisión escrita aplazando la revisión de utilización, pero solo si este aplazamiento se emite a más tardar cinco días hábiles después de la recepción de la solicitud de autorización.[2][14]

Es importante destacar que el administrador de reclamaciones no necesita emitir un nuevo aviso de aplazamiento para cada solicitud de autorización posterior si el médico solicitante ha sido notificado previamente de una disputa sobre la responsabilidad y una explicación para el aplazamiento de la revisión de utilización para un curso de tratamiento específico.[2][14] Esto evita la carga administrativa de emitir avisos de aplazamiento repetitivos, pero también requiere que el aviso de aplazamiento inicial sea claro y específico sobre qué curso de tratamiento se está aplazando.[2][14]

B. Requisitos de contenido para las notificaciones de aplazamiento

La decisión escrita de aplazamiento debe incluir: (1) la fecha en que se recibió por primera vez la solicitud de autorización; (2) una descripción del curso específico del tratamiento médico propuesto que se solicita; (3) una explicación clara, concisa y apropiada del motivo de la disputa del administrador de reclamaciones sobre la responsabilidad por la lesión, la parte o partes del cuerpo reclamadas o el tratamiento recomendado; y (4) una declaración en lenguaje sencillo que informe al empleado lesionado que cualquier disputa se resolverá mediante acuerdo de las partes o a través del proceso de resolución de disputas de la Junta de Apelaciones de Compensación para Trabajadores.[2][6][14][36]

El requisito de una "explicación clara, concisa y apropiada" significa que los avisos de aplazamiento estándar son insuficientes; el administrador de reclamaciones debe explicar específicamente por qué se disputa la responsabilidad (por ejemplo, si se disputa la lesión, o si se disputa la relación laboral de una parte del cuerpo en particular, o si se disputa la conexión entre la lesión y el tratamiento recomendado).[2][14]

C. La transición del aplazamiento a la UR después de que se determina la responsabilidad

Si la revisión de utilización se difiere de conformidad con esta subdivisión, y finalmente se determina que el administrador de reclamaciones es responsable del tratamiento de la condición para la cual se recomienda el tratamiento, ya sea por decisión de la Junta de Apelaciones de Compensación Laboral o por acuerdo entre las partes, el tiempo para realizar la revisión retrospectiva de utilización comenzará en la fecha en que la determinación de la responsabilidad del administrador de reclamaciones sea definitiva.[2][14] El tiempo para realizar la revisión prospectiva de utilización comenzará a partir de la fecha en que el administrador de reclamaciones reciba una solicitud de autorización después de la determinación definitiva de la responsabilidad.[2][14]

Este mecanismo de transición garantiza que, una vez establecida la responsabilidad, la revisión de utilización (RU) pueda proceder. Sin embargo, para la revisión retrospectiva (revisión de los servicios ya prestados durante el período de aplazamiento), la determinación de la RU se basa en si los servicios prestados fueron médicamente necesarios, no en lo que recomendó el médico tratante.[2][14] El proveedor tiene la responsabilidad de presentar documentación médica suficiente para demostrar que los servicios prestados fueron médicamente necesarios; si la documentación es insuficiente, el revisor de la RU puede denegar el pago de dichos servicios.[2][14]

D. Consecuencias del incumplimiento de los requisitos de aplazamiento

En *Hough v. CooperVision, Employers Insurance* (2018), la Junta de Apelaciones sostuvo que el incumplimiento de los requisitos de aplazamiento de la revisión de utilización de CCR 9792.9.1(b) permitirá a la WCAB ejercer jurisdicción para determinar la necesidad médica del tratamiento solicitado, en lugar de aplazarlo a UR/IMR.[14][17] El tribunal determinó que, debido a que el demandado no había emitido correctamente un aviso de aplazamiento de UR cuando impugnó la responsabilidad, el demandado quedó posteriormente impedido de realizar UR retrospectiva sin tener que probar, a través de UR/IMR, que los servicios prestados eran médicamente necesarios.[14][17]

Esta decisión es significativa porque significa que el cumplimiento estricto de los requisitos de notificación de aplazamiento es esencial; no emitir una notificación de aplazamiento oportuna y completa puede resultar en la pérdida del derecho a realizar UR más adelante y el restablecimiento de la autoridad del WCJ sobre la necesidad médica.[14][17]

VIII. Revisión acelerada: procedimiento y consecuencias jurisdiccionales

A. Normas para la revisión acelerada

La revisión acelerada está disponible cuando el trabajador lesionado enfrenta una "amenaza inminente y grave para su salud", que incluye, entre otros, "dolor intenso, posible pérdida de la vida, extremidad u otra función corporal importante", o cuando "el plazo para la revisión de utilización según la subdivisión (c)(3) sería perjudicial para la condición del trabajador lesionado o podría poner en peligro la capacidad del trabajador lesionado para recuperar la función máxima".[1][4][26][36]

El médico solicitante debe certificar por escrito y documentar la necesidad de una revisión acelerada al presentar la solicitud.[4][26][36] Una solicitud de revisión acelerada que no esté razonablemente respaldada por evidencia que establezca que el trabajador lesionado enfrenta una amenaza inminente y grave para la salud será revisada por el administrador de reclamos dentro del plazo estándar establecido en la subdivisión (c)(3) (cinco días hábiles para revisión prospectiva).[4][26][36]

La carga de la prueba recae sobre el médico solicitante para establecer hechos que justifiquen la revisión acelerada; si la presentación del médico no establece razonablemente la necesidad, el administrador de reclamaciones puede tratar la solicitud como una revisión prospectiva estándar y se aplica el plazo de cinco días hábiles.[4][26]

B. Cronograma de decisiones para la revisión acelerada

Las decisiones prospectivas o concurrentes sobre las solicitudes de revisión acelerada deben tomarse de manera oportuna y apropiada a la condición del trabajador lesionado, sin exceder las setenta y dos horas posteriores a la recepción de la información escrita razonablemente necesaria para tomar la determinación.[4][26][36] Este plazo de setenta y dos horas se interpreta estrictamente; cualquier retraso más allá de este plazo hace que la decisión de UR sea extemporánea e inválida.[26][36][64]

Las recientes decisiones de la WCAB han dejado claro que, para cumplir con los requisitos de revisión acelerada, el administrador de reclamaciones debe enviar la solicitud a un médico de UR dentro del plazo de setenta y dos horas y documentar que el médico la revisó y emitió una determinación dentro de ese plazo.[26] El mero hecho de recibir una solicitud acelerada no satisface automáticamente el requisito; es necesaria una acción afirmativa por parte del administrador de reclamaciones para garantizar la revisión del médico de UR dentro de las setenta y dos horas.[26]

C. Consecuencias jurisdiccionales del incumplimiento de plazos acelerados

Si un administrador de reclamaciones no emite una decisión de UR acelerada dentro del plazo de setenta y dos horas, la determinación de UR es extemporánea e inválida.[26][36][64] Esta invalidez restablece la jurisdicción del WCJ para determinar la necesidad médica.[26][36][44] Sin embargo, la carga de la prueba cambia: el empleado debe demostrar mediante evidencia médica sustancial que el tratamiento solicitado es razonablemente necesario para curar o aliviar los efectos de la lesión.[26][44]

En *Diaz v. Pacific Coast Framers Inc.* (2023), la WCAB sostuvo que cuando se presentó una solicitud de revisión acelerada pero el administrador de reclamaciones no proporcionó evidencia de que un médico realmente revisó la solicitud y tomó una decisión dentro de las setenta y dos horas, la decisión de UR fue extemporánea.[26] El tribunal determinó que dejar un mensaje telefónico o intentar contactar de otra manera al médico de UR no constituía cumplimiento; se requería una revisión y toma de decisiones efectivas dentro del plazo.[26]

IX. Consideraciones sobre la práctica jurídica en el norte de California: Sede en San Francisco

A. Ubicaciones de los tribunales de inmigración de San Francisco y contexto procesal.

Si bien el presente análisis se centra en la compensación laboral en lugar de la ley de inmigración, los parámetros de la investigación incluyen el reconocimiento de que la práctica en el norte de California implica ubicaciones de tribunales y tendencias procesales distintas.[28] Para asuntos de compensación laboral, los trabajadores lesionados en la región del norte de California pueden tener casos escuchados en la oficina de San Francisco de la Junta de Apelaciones de Compensación Laboral (ubicada en 100 Montgomery Street, Suite 800, y otras ubicaciones del Área de la Bahía).

Los jueces de la Junta de Compensación Laboral de San Francisco (WCAB) han desarrollado patrones de práctica con respecto a las disputas sobre la Revisión de Uso (RU). Algunos jueces son receptivos a las impugnaciones sobre la puntualidad y el cumplimiento procesal de la RU; otros se muestran más dispuestos a acatar las decisiones de la RU si la decisión es sustancialmente razonable. El conocimiento de las preferencias individuales de los jueces puede orientar la estrategia sobre si preservar los defectos de la RU para la apelación o intentar revocar la decisión en primera instancia.[44]

B. Recursos administrativos de DWC

La División de Compensación para Trabajadores de California (DWC) mantiene la Unidad Médica para manejar las investigaciones de UR, las determinaciones de elegibilidad de IMR y las aprobaciones de planes de UR.[3][3][41] El grupo de investigaciones de UR de la DWC lleva a cabo investigaciones rutinarias de Organizaciones de Revisión de Utilización (URO) al menos una vez cada cinco años, e investigaciones específicas basadas en quejas creíbles.[3][41][41] Los administradores de reclamaciones están sujetos a investigaciones rutinarias al menos una vez cada cinco años, generalmente llevadas a cabo como parte de las Revisiones de Auditoría de Desempeño (PAR) por la Unidad de Auditoría de la DWC.[41][41]

Los profesionales del norte de California deben tener en cuenta que la DWC ha establecido estándares técnicos específicos para el cumplimiento de la UR, y las infracciones se evalúan de acuerdo con el cuadro de sanciones de la Sección 9792.12 del CCR.[41][41] El conocimiento de estas sanciones puede servir de base para las negociaciones de acuerdos y la estrategia de litigio en relación con los incentivos de los administradores de reclamaciones para cumplir con los procedimientos de UR.[41][41]

C. Principios del Noveno Circuito y cuestiones de elección de ley

Para casos que involucren cuestiones federales o constitucionales (como impugnaciones de debido proceso a los procedimientos de UR), el Tribunal de Apelaciones del Noveno Circuito es la autoridad de apelación determinante.[44][45][65] Sin embargo, la interpretación estatutaria pura de compensación laboral se rige por la ley de California y la autoridad de apelación de California (el

Segundo, Tercero, Cuarto y Quinto Distritos del Tribunal de Apelaciones de California, dependiendo de la geografía y la jurisdicción).[39][44]
[65]

La decisión de Rodríguez del Tribunal de Apelaciones del Segundo Distrito será autoridad vinculante en el norte de California (Segundo Distrito) y autoridad persuasiva en otras partes de California, pendiente de revisión por la Corte Suprema.[39][42]

X. Procedimientos prácticos y plazos para los profesionales

A. Solicitud de autorización: Presentación y documentación

El médico tratante debe presentar una solicitud de autorización (RFA) por escrito, ya sea en el formulario RFA de DWC o en forma narrativa con documentación que justifique la necesidad médica del tratamiento solicitado.[2][5][36][53][58] La RFA debe identificar tanto al empleado como al proveedor, identificar con especificidad el tratamiento o tratamientos recomendados y estar acompañada de documentación que justifique la necesidad de que el tratamiento solicitado se considere "completado".[5][58]

Para que una solicitud se considere "completa" a efectos de UR, el administrador de reclamaciones o el revisor no médico debe aceptar la solicitud como completa y cumplir con los plazos de UR, o marcarla como "no completa" y devolverla al médico solicitante especificando los motivos de la devolución, a más tardar cinco días hábiles después de su recepción.[13][13]

B. Cronograma de toma de decisiones y comunicación de UR

Una vez recibida una RFA completa, el administrador de reclamaciones tiene cinco días hábiles normales para tomar una decisión de UR prospectiva o concurrente (ampliable a catorce días si se solicita información adicional y se da la notificación adecuada).[4][36][47] La decisión debe comunicarse al médico solicitante dentro de las veinticuatro horas para la revisión concurrente o dentro de los dos días hábiles para la revisión prospectiva, inicialmente por teléfono, fax o correo electrónico, seguido de una notificación por escrito.[4][36][47]

Para las solicitudes urgentes, la decisión debe tomarse y comunicarse dentro de las setenta y dos horas.[4][26][36]

Para las solicitudes retroactivas, la decisión debe tomarse y comunicarse dentro de los treinta días posteriores a la recepción de la documentación completa.[4][36]

C. Apelaciones y procedimientos de IMR

Si UR niega o modifica el tratamiento, el trabajador lesionado tiene treinta días (diez días para disputas solo sobre medicamentos) para solicitar una Revisión Médica Independiente.[38][60] La solicitud de IMR debe presentarse en el Formulario IMR de DWC con una copia de la decisión de UR a Maximus Federal Services, Inc.[38][60] Una vez solicitada la IMR, la determinación de UR queda suspendida (el trabajador lesionado puede continuar con el tratamiento en espera de la decisión de IMR, aunque con una posible responsabilidad ante el administrador de reclamaciones si IMR revoca la decisión).[38][60]

La decisión del IMR es generalmente definitiva, sujeta solo a motivos limitados para apelar ante el WCAB dentro de los treinta días.[45][60]

D. Objeción a las decisiones de UR conforme a la Sección 4062 del Código Laboral.

Para las decisiones de UR emitidas a partir del 1 de julio de 2013 (que abarcan la gran mayoría de los casos actuales), el recurso exclusivo para impugnar las decisiones de UR por motivos de necesidad médica es el IMR, no el proceso de objeción de la Sección 4062 del Código Laboral.[38][44] Sin embargo, las disputas relativas a la puntualidad o la validez procesal de la UR pueden plantearse como cuestiones legales preliminares que debe decidir la WCAB, no el IMR.[8][11][44]

XI. Consideraciones estratégicas y cuestiones emergentes

A. El impacto de la doctrina Rodríguez/Patterson en la administración de reclamaciones

La decisión del caso Rodríguez modificó fundamentalmente la estrategia de administración de reclamaciones con respecto al tratamiento continuo o de mantenimiento. Antes de Rodríguez, muchos administradores de reclamaciones se remitían a la "doctrina Patterson" y dudaban en reevaluar el tratamiento en curso, por temor a que se restableciera la jurisdicción de la WCAB si lo intentaban. Tras el caso Rodríguez (siempre que supere la revisión del Tribunal Supremo), los administradores de reclamaciones están facultados para presentar solicitudes de tratamiento continuo a UR para nuevas determinaciones de necesidad médica, incluso si el mismo tratamiento fue autorizado previamente.[24][39][42]

Sin embargo, la revisión de la Corte Suprema está pendiente y el resultado sigue siendo incierto. Hasta que la Corte Suprema emita una decisión, los administradores de reclamaciones prudentes deben proceder con cautela, reconociendo el fallo de Rodríguez pero considerando la posibilidad de una revocación.[24][39][42][42]

B. Cumplimiento normativo y exposición a sanciones

Las enmiendas reglamentarias del 1 de abril de 2026 elevan sustancialmente el listón técnico para el cumplimiento de la UR.[13][13]

Las definiciones más estrictas, los requisitos de documentación mejorados y las circunstancias ampliadas para las modificaciones sustanciales aumentan la probabilidad de que las decisiones de revisión de utilización sean impugnadas por motivos de procedimiento.

Los administradores de reclamaciones y las URO deben invertir en capacitación sólida, sistemas de cumplimiento y protocolos de documentación para minimizar la exposición a sanciones.[13][13][56]

C. Transparencia de datos y novedades legislativas

A pesar de los mandatos legales de SB 1160 y SB 537 que exigen informes completos de datos de UR, la DWC no ha proporcionado estadísticas de UR transparentes al público ni a los empleadores.[3][32][35] Esta falta de transparencia crea una asimetría de información, ya que los administradores de reclamaciones tienen información superior sobre los resultados de UR, pero el público carece de visibilidad sobre si las denegaciones de UR son apropiadas o excesivas.[3][32]

El proyecto de ley SB 636 (2023-2024), que habría exigido que los médicos de revisión de utilización (RU) que prestan servicios a empleadores privados obtuvieran una licencia en California, no fue aprobado y fue vetado por el Gobernador.[40][43] Esta derrota legislativa refleja la tensión constante entre la supervisión de la UR y la eficiencia administrativa. Los profesionales deben estar atentos a los futuros avances legislativos en materia de rendición de cuentas de la UR.[40][43]

D. Los desafíos que plantean los defectos procesales como herramienta de presión en las negociaciones de acuerdos.

Dado que los defectos de procedimiento en la determinación de la UR pueden restablecer la jurisdicción del WCJ y cambiar la carga de la prueba, el abogado del trabajador lesionado debe auditar cuidadosamente las determinaciones de UR para detectar problemas de tiempo, documentación y cumplimiento de procedimientos. Incluso las violaciones menores, como la comunicación tardía, la falta de documentación adecuada de la toma de decisiones o la notificación ambigua de la información adicional solicitada, pueden servir como ventaja en las negociaciones de conciliación.[8][11][44][46][64]

De igual modo, los abogados defensores deben auditar sus propias determinaciones de UR para verificar el cumplimiento y estar preparados para defender la validez procesal si se cuestiona, asegurándose de que se mantenga una documentación completa de la toma de decisiones y la comunicación.[8][11][44][46][64]

XII. Conclusión y síntesis de los principios clave

El sistema de revisión de utilización de compensación laboral de California representa un marco administrativo complejo diseñado para distribuir la autoridad en la toma de decisiones médicas entre médicos, profesionales de la salud y el poder judicial, con base en la validez de los procedimientos y el cumplimiento de los plazos legales. Los principios fundamentales que rigen este sistema son los siguientes:

En primer lugar, el cumplimiento de los procedimientos es de carácter jurisdiccional. Una determinación de UR oportuna y procesalmente válida priva a los jueces de compensación laboral de la jurisdicción para determinar la necesidad médica; una determinación extemporánea o procesalmente defectuosa la restablece.[8][11][44] Esto significa que los profesionales deben prestar una atención meticulosa a los plazos legales, los requisitos de notificación y la documentación de la toma de decisiones.[4][36][47]

En segundo lugar, los plazos legales son obligatorios, no meramente indicativos. El plazo de cinco días hábiles para la revisión prospectiva de utilización (RU), el plazo de setenta y dos horas para la revisión acelerada y el plazo de treinta días para la revisión retrospectiva no son sugerencias; son requisitos jurisdiccionales.[4][36][44] El incumplimiento de estos plazos invalida las determinaciones de RU.[4][36][44][46][64]

En tercer lugar, solo los médicos pueden denegar o modificar el tratamiento. La Sección 4610(e) del Código Laboral restringe las modificaciones y denegaciones a médicos con licencia competentes para evaluar los problemas clínicos específicos involucrados.[1][36][44] La participación de personas que no son médicos en las decisiones de denegación o modificación es un defecto procesal material que invalida la UR.[1][36][44][25][41]

En cuarto lugar, el MTUS es el estándar probatorio. Se presume que el tratamiento que cumple con las directrices del MTUS es razonable y necesario; el tratamiento que no cumple con el MTUS requiere una refutación con evidencia de necesidad médica de otras directrices basadas en la evidencia.[31][37][49][31] Los revisores de UR deben aplicar el MTUS; los médicos tratantes que buscan tratamiento fuera del MTUS deben presentar evidencia sustancial.[31][37][49][31]

En quinto lugar, la Revisión Médica Independiente es el recurso exclusivo para las disputas sobre la necesidad médica (con excepciones limitadas). Para las lesiones ocurridas a partir del 1 de enero de 2013, las disputas sobre si las denegaciones de la Revisión de Utilización son médicamente necesarias se resuelven a través de la Revisión Médica Independiente, no a través de litigios ante la Junta de Compensación Laboral, excepto en la circunstancia limitada en que la propia Revisión de Utilización sea inválida debido a defectos de procedimiento o faltas de tiempo.[38][44]

En sexto lugar, Rodríguez elimina la doctrina Patterson. La excepción de tratamiento continuo o de mantenimiento a la UR ya no se aplica; todas las solicitudes de tratamiento, independientemente de si se autorizó previamente un tratamiento similar, están sujetas a una revisión prospectiva de UR si se presenta una nueva solicitud.[24][39][42] Sin embargo, la Petición de Revisión de la Corte Suprema (pendiente a febrero de 2026) podría modificar esta conclusión.[42][42]

Séptimo, las enmiendas reglamentarias del 1 de abril de 2026 mejoran sustancialmente los requisitos técnicos. El cumplimiento de las definiciones actualizadas, los estándares de documentación, los procedimientos del plan UR y los cronogramas de sanciones administrativas es ahora fundamental para evitar infracciones y sanciones.[13][13][13][56][13][13]

Los profesionales, ya sean representantes de trabajadores lesionados, médicos tratantes, administradores de reclamaciones o empleadores, deben desarrollar experiencia en los matices procesales de la revisión de utilización para gestionar eficazmente las disputas, identificar vulnerabilidades procesales y estructurar acuerdos y estrategias de litigio en consecuencia.

Referencias

[1] Sección 4610 del Código Laboral de California (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california>), Requisitos y plazos de revisión de utilización; Sección 4610 del Código Laboral de California - Texto completo (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>)

[2] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.9.1(b) (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9792.9.1>), Aplazamiento de la revisión de utilización basado en una disputa de responsabilidad; Sullivan on Comp - Aplazamiento de la revisión de utilización (<https://www.sullivanoncomp.com/blog/deferring-utilization-review>)

[3] Departamento de Relaciones Industriales de California - Página principal de la revisión de utilización de DWC (https://www.dir.ca.gov/dwc/ur_main.htm)

[4] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.9.1 (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9792.9.1>), Normas de Revisión de Utilización: Plazo, Procedimientos y Notificación; Texto del Reglamento Oficial de DWC (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_9_1.html)

[5] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.6.1 (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_6_1.html), Normas de Revisión de Utilización - Definiciones

[6] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.7 (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_7.html), Normas de Revisión de Utilización - Aplicabilidad

[7] Employees First Labor Law - Guía completa de la Sección 4610 del Código Laboral (<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A74610-utilization-review-ur-workers-comp/>)

[8] Dubon v. World Restoration, Inc., Decisión de la Junta de Apelaciones de Compensación Laboral (27 de febrero de 2014, en pleno) (https://www.dir.ca.gov/wcab/EnBancdecisions2014/Dubon_Jose.pdf), 79 Cal. Comp. Cases 313 (Junta de Apelaciones en pleno)

[11] Dubon II - Texto completo de la decisión en Banc (<https://law.justia.com/cases/california/workers-compensation-appeals-board/2014/adj4274323-ana-0387677.html>)

[3] Departamento de Relaciones Industriales de California - Preguntas frecuentes de DWC sobre UR (https://www.dir.ca.gov/dwc/ur_main.htm)

[13] Departamento de Relaciones Industriales de California - Actualizaciones del Reglamento de Revisión de Utilización Vigentes a partir del 1 de abril de 2026 (<https://www.enlyte.com/insights/news-release/utilization-management/california-utilization-review-regulation-updates-effective-2026>)

[14] Sullivan on Comp - Aplazamiento de la revisión de utilización y Hough v. CooperVision (<https://www.sullivanoncomp.com/blog/deferring-utilization-review>)

- [16] Aprobación de la Oficina de Derecho Administrativo de California - 30 de diciembre de 2025 (<https://www.dir.ca.gov/DIRNews/2025/2025-125.html>)
- [17] Resumen del caso Hough contra CooperVision (<https://compfox.io/caselaw/sherry-hough-vs-coopervision-employers-insurance>)
- [18] Asociación de Abogados de California - Guía básica sobre el Proyecto de Ley del Senado 1160 (<https://calawyers.org/workers-compensation/appeasing-both-sides-a-quick-primer-on-senate-bill-1160%E%BB%BF/>)
- [19] Proyecto de Ley 1124 de la Asamblea - Formulario de Medicamentos Recetados para Compensación Laboral (https://calmatters.digitaldemocracy.org/bills/ca_201520160ab1124)
- [22] Departamento de Relaciones Industriales de California - Formulario de Medicamentos de MTUS (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/MTUS-Formulary.html>)
- [24] Illinois Midwest Insurance Agency, LLC v. WCAB (Rodriguez) - Decisión del Tribunal de Apelación (noviembre de 2025) (<https://law.justia.com/cases/california/court-of-appeal/2025/b344044.html>)
- [26] Sullivan Attorneys - Revisión acelerada de solicitudes de tratamiento (<https://www.sullivanattorneys.com/blog/expedited-review-of-requests-for-treatment-revisited>)
- [28] Bufete de abogados Bradford & Barthel - Guía práctica de IMR y UR (https://bradfordbarthel.com/wp-content/uploads/2021/06/20151113_UR_IMR_PP.pdf)
- [30] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.10 (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_10.html), Normas de Revisión de Utilización - Resolución de Disputas
- [31] Departamento de Relaciones Industriales de California - Programa de Utilización de Tratamientos Médicos (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/mtus.html>)
- [32] daisyBill - Fallos en la auditoría de UR de CA DWC y crisis de UR (<https://blog.daisybill.com/ca-dwc-UR-audit-workers-comp>)
- [34] Acceso a las Guías de Práctica de ACOEM y MDGuidelines (<https://acoem.org/Practice-Resources/Practice-Guidelines-Center>)
- [35] Proyecto de Ley 537 del Senado de California - Requisitos de datos de utilización de proveedores (<https://legiscan.com/CA/text/SB537/id/2056534>)
- [36] Sección 4610 del Código Laboral de California - Texto estatutario completo con citas precisas (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>)
- [13] Actualizaciones del Reglamento de Revisión de Utilización de California vigentes a partir del 1 de abril de 2026 - Resumen completo (<https://www.enlyte.com/insights/news-release/utilization-management/california-utilization-review-regulation-updates-effective-2026>)
- [1] Employees First Labor Law - Explicación detallada de la Sección 4610 del Código Laboral (<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A74610-utilization-review-ur-workers-comp/>)
- [37] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.8 (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_8.html), Estándares de Revisión de Utilización: Criterios Basados en la Medicina
- [38] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.10.1 (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_10_1.html), Normas de Revisión de Utilización - Resolución de Disputas (Lesiones Posteriores a 2013)
- [39] Illinois Midwest Insurance Agency v. WCAB (Rodriguez) - Decisión de apelación completa (<https://law.justia.com/cases/california/court-of-appeal/2025/b344044.html>)
- [40] daisyBill - Requisito de médicos con licencia de California para la rehabilitación UR (<https://blog.daisybill.com/ca-sb-636-demands-ca-licensed-ur-physicians>)
- [41] División de Compensación para Trabajadores de California - Preguntas frecuentes sobre la revisión de utilización para administradores de reclamaciones (https://www.dir.ca.gov/dwc/utilizationreview/ur_faq.htm)

[42] P. Badillo & Welch Law - La doctrina Patterson queda anulada por la decisión Rodriguez (<https://www.pbw-law.com/the-death-of-the-patterson-doctrine-how-the-rodriguez-decision-returns-control-to-utilization-review/>)

[43] California Digital Democracy - Estado e historial del proyecto de ley SB 636 (https://calmatters.digitaldemocracy.org/bills/ca_202320240sb636)

[44] RJJ Law - Revisión de utilización y autoridad del juez de compensación laboral para determinar la necesidad médica (<https://www.rjjlaw.com/utilization-review-in-california-workers-compensation-when-can-a-judge-address-medical-necessity/>)

[45] Bufete de abogados Bradford & Barthel - Apelación de resoluciones de IMR (<https://bradfordbarthel.com/2020/05/04/how-appealing-is-your-appeal/>)

[25] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.7(b) (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_7.html), Autoridad y limitaciones de los revisores no médicos

[46] daisyBill - Casos de solicitud de autorización de WCAB y requisitos de tiempo (<https://blog.daisybill.com/wcab-rfa-cases-and-why-they-matter-part-ii>)

[47] Facultad de Derecho de Cornell - Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.9.1 - Plazo, Procedimientos y Notificación (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9792.9.1>)

[49] Employees First Labor Law - ¿Qué es el Programa de Utilización de Tratamientos Médicos (MTUS)? (<https://employeesfirstlaborlaw.com/what-is-the-medical-treatment-utilization-schedule-mtus/>)

[50] ACOEM MDGuidelines - Directrices de práctica del OEM (<https://acoem.org/Practice-Resources/Practice-Guidelines-Center/MDGuidelines%C2%AE>)

[31] Departamento de Relaciones Industriales de California - Descripción general y pautas de tratamiento del MTUS (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/mtus.html>)

[13] Actualizaciones del Reglamento de Revisión de Utilización de California - Resumen de la fecha de entrada en vigor del 1 de abril de 2026 (<https://www.enlyte.com/insights/news-release/utilization-management/california-utilization-review-regulation-updates-effective-2026>)

[13] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.12 (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_12.html), Tabla de Sanciones Administrativas por Infracciones de Revisión de Utilización

[56] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.12 (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_12.html), Tabla completa de sanciones por infracciones de UR e IMR

[53] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9785 (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.html>), Deberes de notificación del médico tratante principal y requisitos de solicitud de autorización

[41] División de Compensación para Trabajadores de California - Preguntas frecuentes sobre la revisión de utilización para administradores de reclamaciones - Información sobre el director médico y las sanciones (https://www.dir.ca.gov/dwc/utilizationreview/ur_faq.htm)

[58] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9785.5 (https://www.dir.ca.gov/t8/9785_5.html), Formulario de Solicitud de Autorización (Formulario RFA de DWC)

[13] Actualizaciones del Reglamento de Revisión de Utilización de California - Vigente a partir del 1 de abril de 2026 (<https://www.enlyte.com/insights/news-release/utilization-management/california-utilization-review-regulation-updates-effective-2026>)

[42] P. Badillo & Welch Law - Muerte de la doctrina Patterson y actualización de Rodriguez sobre la revisión de la Corte Suprema (<https://www.pbw-law.com/the-death-of-the-patterson-doctrine-how-the-rodriguez-decision-returns-control-to-utilization-review/>)

[60] Departamento de Relaciones Industriales de California - Preguntas frecuentes y proceso de la Revisión Médica Independiente (IMR) (https://www.dir.ca.gov/dwc/IMR/IMR_FAQs.htm)

[6] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.9 (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_9.html), Normas de revisión de utilización: plazos, procedimientos y notificación (lesiones anteriores a 2013)

[64] daisyBill - Shanley v. Henry Mayo Newhall Memorial Hospital - Requisito de comunicación oportuna (<https://kb.daisybill.com/articles/shanley-v-henry-mayo-newhall-memorial-hospital-2014>)

[65] Regla del recurso exclusivo y demandas civiles contra compañeros de trabajo - Sullivan Attorneys (<https://www.sullivanattorneys.com/blog/exclusive-remedy-rule-claims-against-coworkers>)

[13] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.9.5 (<https://www.enlyte.com/insights/news-release/utilization-management/california-utilization-review-regulation-updates-effective-2026>), Decisiones de Revisión de Utilización para Modificar o Denegar (Enmienda del 1 de abril de 2026)