
Capítulo 4: Resolución de problemas con la atención médica y los informes médicos

¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con un informe médico redactado por el médico de atención primaria o por otro médico tratante?

Si tiene preguntas sobre un informe en particular, pregúntele al médico tratante de atención primaria o a otro médico. En ocasiones, los médicos opinan de manera diferente sobre las causas de una lesión, el tratamiento apropiado, el tipo de trabajo que se puede hacer durante la recuperación u otros temas. Tiene derecho a apelar un informe médico.

¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con el médico acerca de un tratamiento necesario?

Si no está de acuerdo sobre un tratamiento necesario, puede buscar la opinión de otro médico. Los pasos a seguir para obtener otra opinión dependen de si recibe tratamiento con una red de proveedores médicos (MPN), con una organización de atención médica (HCO) o con ninguna de estas.

Nota: solo debe seguir los pasos indicados más adelante para apelar una opinión sobre los tipos de exámenes médicos o tratamiento que necesita. Si desea apelar una opinión que se da en un informe médico, como una que explique las causas de su lesión o el tipo de trabajo que puede hacer, vea las páginas 17 y 20.

Pasos a seguir si recibe tratamiento con una MPN

Si recibe atención médica con una MPN y desea apelar el tratamiento prescrito por el médico tratante, primero piense en cambiarse a otro médico dentro de la MPN. Su empleador o la compañía de seguros debe proporcionarle información por escrito sobre cómo cambiarse a otro médico dentro de la MPN. Vea si puede llegar a un acuerdo con el médico nuevo.

Si no puede llegar a un acuerdo con el médico nuevo, puede obtener opiniones de hasta dos médicos adicionales de la MPN, a las que se le llaman segundas y terceras opiniones. Su empleador o la compañía de seguros debe proporcionarle información por escrito sobre cómo obtener estas opiniones. Debe programar una cita con estos médicos dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha en que el administrador de reclamos le entregó una lista de médicos disponibles. Si no programa las citas dentro del plazo de 60 días, podría perder el derecho a obtener la opinión de otros médicos.

Si no está de acuerdo con el segundo ni con el tercer médico, puede obtener una revisión médica independiente concertada por la División de Compensación de los Trabajadores (DWC). Si ese médico concuerda con usted sobre el tratamiento necesario, puede recibir tratamiento con un médico fuera de la MPN.



Para obtener consejos sobre cómo hacer seguimiento de su reclamo, vea la página 9. Consulte también el capítulo 10.

Pasos a seguir si recibe tratamiento con una HCO

Si recibe atención médica con una HCO y desea apelar el tratamiento prescrito por un médico tratante, primero piense en cambiarse a otro médico dentro de la HCO. La HCO debe proporcionarle una selección de médicos dentro de un plazo de 5 días desde el momento en que solicite el cambio. Vea si puede llegar a un acuerdo con el médico nuevo.

Si no puede llegar a un acuerdo con el médico nuevo, puede obtener la opinión de otro médico dentro de la HCO. Si no llega a un acuerdo con este médico, puede solicitarle a la HCO resolver la disputa. La HCO debe usar un “procedimiento de queja expeditiva” para emitir una decisión por escrito dentro de un plazo de 30 días, o antes, si su condición requiere una decisión más rápida.

Pasos a seguir si no recibe tratamiento con una MPN ni con una HCO

Si no recibe atención médica con una MPN ni con una HCO y desea apelar el tratamiento prescrito por el médico tratante, primero piense cambiarse a otro médico (vea las páginas 13 y 14).

Si no puede cambiarse de médico o no puede llegar a un acuerdo con el médico nuevo, puede seguir los siguientes pasos:

1. Envíe una carta al administrador de reclamos en la que exprese que no está de acuerdo con el informe médico

- Si no tiene un abogado, debe enviar la carta dentro de un plazo de 30 días después de recibir el informe.
- Si tiene un abogado, este debe enviar la carta dentro de un plazo de 20 días después de recibir el informe.

Si no se envía la carta antes de la fecha límite, puede perder el derecho a apelar la opinión del médico tratante.

2. Consiga la opinión o evaluación médica de otro médico

Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vea la siguiente página.

¿Cómo puedo obtener una evaluación médica?

Si *no* tiene un abogado:

- Después de recibir la carta que indica que usted no está de acuerdo con un informe médico, el administrador de reclamos debe enviarle un formulario y las instrucciones sobre cómo elegir un evaluador médico calificado (Qualified Medical Evaluator, QME). Los QME son médicos autorizados por la División de Compensación de los Trabajadores (DWC) para realizar evaluaciones médicas en casos de compensación de los trabajadores.
- Después de que el administrador de reclamos le envíe el formulario y las instrucciones, tiene 10 días para llenarlo y enviarlo al DWC. Al llenar el formulario, debe elegir la especialización médica del QME. Después de que la DWC le envíe un panel, tiene 10 días para elegir un QME del panel, para hacer una cita para que el QME le realice un examen médico y para comunicarle al empleador su elección, la fecha y la hora de su cita. Si no cumple con estas fechas límite, el administrador de reclamos tendrá derecho a elegir el médico del panel con el que debe tratarse.

Si *tiene* un abogado:

- Su abogado y el administrador de reclamos pueden llegar a un acuerdo y elegir a un médico llamado evaluador médico acordado (Agreed Medical Evaluator, AME). Los AME no necesitan la autorización de la DWC.
- Si se lesionó durante o después del año 2005 y no se llega a un acuerdo con respecto al médico, su abogado o el administrador de reclamos puede solicitar un panel (lista) de tres QME a la DWC. El abogado y el administrador de reclamos pueden llegar a un acuerdo y elegir a alguien del panel. Si no se llega a un acuerdo, tanto su abogado como el administrador de reclamos pueden tachar un nombre del panel cada uno y el QME restante realizará la evaluación.
- Si se lesionó antes del año 2005 y no llega a un acuerdo con respecto al médico, su abogado elegirá a un QME y el administrador de reclamos también puede elegir a un QME para realizar una evaluación adicional.

¡Importante! El QME o el AME lo examinarán y redactarán un informe que describa su condición y aborde la disputa, a lo que se denomina un “informe médico-legal”. Usted o su abogado debe elegir la especialización médica apropiada y elegir al QME o al AME cuidadosamente. El informe médico-legal afectará sus prestaciones. En muchos casos, no podrá elegir a otro QME o AME. Si necesita ayuda, use los recursos que están en el capítulo 10.

Para obtener más información sobre las evaluaciones médicas, llame a la Unidad Médica de la DWC al 1-800-794-6900 o diríjase al sitio web: www.dir.ca.gov/dwc/MedicalUnit/imchp.html.

Si estoy de acuerdo con el médico tratante acerca de un tratamiento necesario, ¿cuánto tiempo se puede tomar el administrador de reclamos para decidir si autoriza o no el tratamiento?

Depende de si se considera que su condición médica es urgente. Los administradores de reclamos deben decidir si autorizan y pagan el tratamiento dentro de plazos que formen parte del proceso de revisión de utilización (Utilization Review, UR) que se describe a continuación.

Decisiones basadas en la revisión de utilización (UR)

Durante el proceso de revisión de utilización, el administrador de reclamos puede aprobar un tratamiento; sin embargo, no puede modificarlo ni negarlo. Solo un médico calificado para evaluar el tratamiento recomendado puede realizar dicha evaluación. A esta persona se le denomina “inspector médico”. Si un inspector médico modifica o rechaza un tratamiento, el administrador de reclamos les comunicará la decisión a usted y al médico tratante.

- **Si su situación médica se considera urgente:** lo que significa que su salud se ve seriamente amenazada o que los plazos normales para tomar decisiones pueden afectar su capacidad para recuperarse por completo. Si este es el caso, la decisión de autorizar el tratamiento debe tomarse de manera oportuna y sin exceder las 72 horas siguientes desde que el administrador de reclamos reciba la información necesaria para tomar la decisión. El administrador de reclamos debe comunicar su decisión dentro de un plazo de 24 horas.
- **Si su situación médica *no* se considera urgente:** la decisión de autorizar el tratamiento debe tomarse de manera oportuna y sin exceder los 5 días laborables desde que el administrador de reclamos reciba la solicitud de autorización del médico junto con la información necesaria para tomar la decisión. Si el administrador de reclamos necesita más tiempo para obtener la información necesaria, la decisión puede tomarse hasta 14 días después de recibir la solicitud del médico. El administrador de reclamos debe comunicar su decisión dentro de un plazo de 24 horas.

¿Qué puede hacer para acelerar el proceso de la toma de una decisión?

En ocasiones, un tratamiento se retrasa porque el administrador de reclamos no recibe toda la información necesaria de parte del médico tratante y; en otras ocasiones, el administrador de reclamos no envía toda la información al inspector médico. Para evitar retrasos:

- Aliente al médico tratante a que responda inmediatamente a las preguntas y a las solicitudes del administrador de reclamos con respecto a su condición médica y por qué necesita el tratamiento recomendado. Igualmente, aliente al médico a identificar, si es posible, todas las pautas de tratamiento médico con base científica que avalen el tratamiento recomendado. Si el tratamiento no sigue las pautas del Catálogo de Utilización de Tratamientos Médicos (MTUS) que se emplea en California (que se describe en la página 10) u otras pautas con base científica, el médico tratante debe demostrar la necesidad del tratamiento.
- Aliente al administrador de reclamos a que envíe inmediatamente la información al inspector médico.

¿Se puede negar el tratamiento que recomienda el médico tratante?

Sí, un inspector médico puede negar un tratamiento si no hay bases científicas para proporcionarlo. El administrador de reclamos debe explicar claramente las razones del inspector médico para negar el tratamiento.

¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con una decisión de negar el tratamiento?

Para apelar una decisión que niegue un tratamiento recomendado por el médico tratante, puede solicitar una revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR) con el formulario de solicitud de IMR que el administrador de reclamos debe incluir con cualquier decisión que niegue un tratamiento. Debe hacerlo dentro de un plazo de 30 días después de recibir la decisión del administrador de reclamos. Puede designar a otra persona para solicitar una IMR por usted, y el médico tratante puede ayudarlo o colaborar con usted para solicitarla. Para obtener más información, llame a la Unidad Médica del DWC al 1-800-794-6900, o visite el sitio web de la IMR de la DWC: www.dir.ca.gov/dwc/IMR.htm.

Multas por tratamiento retrasado o negado

Si el administrador de reclamos retrasa o niega un tratamiento sin una justificación coherente, usted podría recibir un pago de multa de hasta 25 % (y hasta un máximo de \$10,000) del valor de cada servicio retrasado o negado sin una justificación. Para obtener ayuda con respecto a la solicitud del pago de multas, comuníquese con un funcionario de Información y Asistencia (I&A) o con un abogado (vea el capítulo 10).

¿Cómo presentar una queja por un tratamiento retrasado o negado?

La Unidad de Auditoría de la División de Compensación de los Trabajadores (DWC) investiga las quejas e impone multas si el administrador de reclamos no cumple con los plazos de la revisión de utilización (UR) cuando decide si autoriza y paga el tratamiento. La Unidad de Auditoría también impone multas de grandes sumas de dinero cuando un administrador de reclamos retrasa o niega injustificadamente la atención médica y otras prestaciones “con una frecuencia que indica una práctica comercial general”. Las multas de auditoría se pagan al estado y no al trabajador lesionado. Para obtener instrucciones sobre cómo presentar quejas ante la Unidad de Auditoría, comuníquese con un funcionario de I&A (vea el capítulo 10).

¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con el médico tratante con respecto a asuntos que no están relacionados con el tratamiento?

Si desea apelar las opiniones de un informe médico que no están relacionadas con el tratamiento, primero piense en cambiarse a otro médico. Si no puede hacerlo o no puede llegar a un acuerdo con el médico nuevo, puede seguir los siguientes pasos.

1. Envíe una carta al administrador de reclamos en la que exponga que no está de acuerdo con el informe médico.

- Si no tiene un abogado, en algunos casos debe enviar la carta dentro de un plazo de 30 días después de recibir el informe.
- Si tiene un abogado, en algunos casos este debe enviar la carta dentro de un plazo de 20 días después de recibir el informe.

Si no se envía la carta antes de la fecha límite, puede perder el derecho a apelar la opinión del médico tratante.

2. Consiga la opinión o evaluación médica de otro médico.

Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vea la página 17.

Si el administrador de reclamos no está de acuerdo con el médico tratante con respecto a asuntos que no están relacionados con el tratamiento, ¿qué puede hacer el administrador de reclamos?

El administrador de reclamos puede obligarlo a examinarse con un QME o con un AME. El QME o el AME se eligen de la siguiente manera:

- **Si no tiene un abogado:**

El administrador de reclamos puede obligarlo a examinarse con un QME. El administrador de reclamos debe enviarle instrucciones sobre cómo comunicarse con la DWC y debe permitirle elegir al QME. Después de que el administrador de reclamos le envíe esas instrucciones, asegúrese de seguir los pasos y de cumplir con las fechas límite descritas en la página 17.

- **Si tiene un abogado:**

Los pasos a seguir se describen en la página 17.