


Compensación de los trabajadores de California



Guía para los trabajadores lesionados

**Compensación de los trabajadores de
California**
Guía para los trabajadores lesionados

Esta guía fue diseñada y elaborada por la Oficina de la Directora del Departamento de Relaciones Industriales (Department of Industrial Relations, DIR), en consulta con la División de Compensación de los Trabajadores (Division of Workers' Compensation, DWC) del estado de California. Se basa en la tercera edición de esta guía que en 2006 prepararon el Instituto de Investigaciones Laborales y del Empleo (Institute for Research on Labor and Employment, IRLE) y el Programa de Salud Laboral Ocupacional (Labor Occupational Health Program) de la Universidad de California en Berkeley, para la Comisión de Salud, Seguridad y Compensación del Trabajador (Commission on Health and Safety and Workers' Compensation) del DIR.

Sexta edición actualizada, *copyright* © 2016 División de Compensación de los Trabajadores de California. Se puede reproducir total o parcialmente esta guía, sin obtener autorización para ello, con fines educativos. Atribuya la autoría de esta guía al DIR y a la DWC.

Se puede ver y descargar esta guía en los siguientes sitios web: www.dir.ca.gov, www.dwc.ca.gov y www.dir.ca.gov/chswc/. Muchas bibliotecas públicas ofrecen acceso a Internet.

Para ver una copia de esta guía, comuníquese con un funcionario de Información y Asistencia (Information & Assistance, I&A) de la División de Compensación de los Trabajadores. Para obtener la dirección de un funcionario de I&A en su área, llame gratis al 1-800-736-7401 o consulte las páginas del gobierno en la primera sección de las páginas blancas de la guía telefónica y busque: "State Government Offices/Industrial Relations/Workers' Compensation/Information and Assistance".

NOTA: esta guía contiene una lista con diversas fuentes de información sobre la compensación de los trabajadores. Estar en esta lista no necesariamente implica que el estado de California avale, apruebe o recomiende estas personas, organizaciones o materiales.

ADVERTENCIA

La información que se incluye en esta guía es válida en la mayoría de las situaciones. Sin embargo, existen algunas reglas, excepciones y plazos que no se mencionan en esta guía que podrían aplicarse y afectar su caso. Por ejemplo, un contrato sindical o un acuerdo obrero-patronal establecido podrían otorgarle derechos adicionales o requerir procedimientos diferentes.

La información de esta guía describe el sistema de compensación de los trabajadores de California vigente a partir de abril de 2016. Es válido para la mayoría de los trabajadores de empresas privadas y de entes gubernamentales estatales y locales que se lesionaron a partir del año 2004.



Christine Baker, directora



David Lanier, secretario

*Agencia para el Desarrollo del Trabajo y de la Fuerza Laboral
Estado de California*

Índice

Introducción: cómo usar esta guía	1
Capítulo 1: Principios fundamentales de la compensación de los trabajadores	2
¿Qué es la compensación de los trabajadores?	2
¿Cuáles son las prestaciones?	2
¿Mi médico habitual puede atenderme si me lesiono en el trabajo?	2
¿Cómo se hace una designación previa?	3
¿Todos los empleados pueden hacer una designación previa?	3
¿Existen reglas diferentes para hacer una designación previa si mi empleador o la compañía de seguros trabaja con una organización de atención médica (HCO)?	4
¿Qué debo hacer si me lesiono en el trabajo o si desarrollo una condición médica relacionada con el trabajo?	4
¿Cómo puedo evitar una lesión en el trabajo?	4
Ejemplos de prestaciones de compensación de los trabajadores	5
Capítulo 2: Después de sufrir una lesión en el trabajo	6
¿Qué debo hacer después de notificar sobre una lesión o una enfermedad a mi empleador?	6
¿Qué sucede después de presentar el formulario de reclamo?	6
Si no he recibido noticias de parte del administrador de reclamos, ¿significa que se aceptó mi reclamo?	7
¿Quién decide qué tipo de trabajo puedo realizar mientras esté en recuperación?	7
Temo que me despidan debido a una lesión. ¿Mi empleador puede despedirme?	8
Además de las prestaciones de compensación de los trabajadores, ¿puedo recibir algún otro tipo de ayuda financiera?	8
Haga seguimiento de su reclamo	9
Capítulo 3: Atención médica	10
¿Quién cubre mi atención médica?	10
¿Qué tipo de atención médica está disponible para los trabajadores lesionados?	10
¿Cuándo comienzo a recibir la atención médica?	11
¿Qué debo hacer si el administrador de reclamos no autoriza el tratamiento al momento?	11
Si se trata de atención médica que no es urgente, ¿quién puede brindarme tratamiento después de sufrir una lesión?	12
¿Puedo cambiar de médico para recibir tratamiento?	13
¿Cómo puedo evitar los problemas para obtener el tratamiento adecuado?	14

Capítulo 4: Resolución de problemas con la atención médica y los informes médicos	15
¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con un informe médico redactado por el médico de atención primaria o por otro médico que me trata?	15
¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con el médico acerca de un tratamiento necesario?	15
¿Cómo puedo obtener una evaluación médica?	17
Si estoy de acuerdo con el médico acerca de un tratamiento necesario, ¿cuánto tiempo se puede tomar el administrador de reclamos para decidir si autoriza o no el tratamiento?	18
¿Se puede negar el tratamiento que recomienda el médico que me atiende?	19
¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con una decisión de negar el tratamiento?	19
¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con el médico con respecto a asuntos que no están relacionados con el tratamiento?	20
Si el administrador de reclamos no está de acuerdo con el médico que me atiende con respecto a asuntos que no están relacionados con el tratamiento, ¿qué puede hacer el administrador de reclamos?	20
Capítulo 5: Prestaciones por incapacidad temporal	21
¿Qué son las prestaciones por incapacidad temporal?	21
¿Cuáles son los diferentes tipos de prestaciones por TD?	21
¿Cuánto se recibe por prestaciones por TD?	21
¿Cuánto recibo por prestaciones por TTD?	22
¿Cuánto se recibe por prestaciones por TPD?	23
¿Cuándo comienzan los pagos por TD?	23
¿Qué sucede si no recibe los pagos a tiempo?	24
¿El administrador de reclamos debe pagar una multa por retrasos en los pagos por TD?	24
¿Cuándo concluyen los pagos por TD?	25
Ejemplos de pagos por incapacidad total temporal	25
Capítulo 6: Seguir trabajando para su empleador después de sufrir una lesión	26
¿Puedo seguir trabajando o regresar al trabajo y qué tipo de trabajo puedo hacer?	26
¿Qué sucede mientras me recupero?	26
Mi empleador me asignó tareas que parecen violar mis restricciones laborales. ¿Qué puedo hacer?	27
¿Qué sucede si no me recupero por completo?	27
¿Puedo volver a trabajar para mi empleador aunque no me recupere por completo?	28
Mi empleador no me ofrece ni me asigna el tipo de trabajo que deseo. ¿Qué puedo hacer?	30

Capítulo 7: Prestaciones por incapacidad permanente	31
¿Qué son las prestaciones por incapacidad permanente?	31
¿Qué es un informe de condición P&S?	31
¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con el informe de condición P&S?	32
¿Qué es una clasificación?	32
¿Cómo se clasifica mi incapacidad?	33
¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con la clasificación del administrador de reclamos?	33
¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con la clasificación del clasificador de incapacidades?	34
¿Cómo se determinan los pagos por PD?	34
¿Cuándo recibo los pagos por PD?	35
¿Qué repercusión tiene sobre mis pagos por PD que el empleador me ofrezca o no me ofrezca trabajo?	36
¿El administrador de reclamos debe pagar una multa por retrasos en los pagos por PD?	36
¿Se puede llegar a un acuerdo con respecto a mi caso?	37
¿Qué sucede si no acepto la oferta de acuerdo del administrador de reclamos?	37
Capítulo 8: Prestaciones complementarias por la pérdida del trabajo	38
Si se lesionó durante o después del año 2013	38
¿Qué es una prestación complementaria por la pérdida del trabajo?	38
¿Cuál es el monto en dólares de esta prestación?	38
¿Cómo puedo obtener esta prestación?	38
¿Cuándo recibo el vale?	39
¿A cuales instituciones puedo asistir?	39
¿A cuál consejero vocacional o de regreso al trabajo puedo recurrir?	39
¿Cómo puedo usar el vale para pagar los gastos?	39
¿El vale tiene fecha de vencimiento?	39
¿Qué puedo hacer si tengo un problema con mi prestación complementaria por la pérdida del trabajo?	39
Si se lesionó entre los años 2004 y 2012	40
¿Qué es una prestación complementaria por la pérdida del trabajo?	40
¿Cuál es el monto en dólares de esta prestación?	40
¿Cómo puedo obtener esta prestación?	40
¿Cuándo recibo el vale?	40
¿A cuales instituciones puedo asistir?	41
¿A cuál consejero vocacional o de regreso al trabajo puedo recurrir?	41

¿Cómo puedo usar el vale para pagar los gastos?	41
¿El vale tiene fecha de vencimiento?	41
¿Qué puedo hacer si tengo un problema con mi prestación complementaria por la pérdida del trabajo?	41
Capítulo 9: Programa adicional de regreso al trabajo	42
¿Quién es elegible para solicitar el programa adicional de regreso al trabajo?	42
¿Cuál es la fecha límite para solicitar el programa?	42
¿Cuál es el monto en dólares del programa adicional de regreso al trabajo?	42
¿Cómo solicito este programa?	42
¿Qué información debo llenar en la solicitud (además del nombre, la dirección y el número de teléfono)?	43
¿Qué sucede después de entregar la solicitud?	43
¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión que toma el RTWSP con respecto a mi elegibilidad?	43
Capítulo 10: Obtener más información y ayuda	44
El empleador	44
El administrador de reclamos	44
La División de Compensación de los Trabajadores	44
La Comisión de Salud, Seguridad y Compensación del Trabajador (CHSWC)	45
Los abogados de los solicitantes	45
El médico de atención primaria	45
Las organizaciones laborales	45
Las clínicas de salud ocupacional	45
Las organizaciones y agencias de salud y seguridad	45
Otras agencias estatales y federales de ayuda financiera	46
Otras agencias estatales y federales que atienden reclamos por discriminación	46
Libros y otros materiales	47
Preguntas y respuestas sobre los Servicios de Información y Asistencia	48
Oficinas de Información y Asistencia de la División de Compensación de los Trabajadores (DWC)	49
Preguntas y respuestas sobre los abogados	50
Apéndice A: Leyes y reglamentos importantes	51
Apéndice B: Glosario	56

Introducción: Cómo usar esta guía

Esta guía presenta una perspectiva general del sistema de compensación de los trabajadores de California y tiene como objetivo ayudar a las personas que han sufrido lesiones en el trabajo a comprender sus derechos legales básicos, los pasos a seguir para solicitar prestaciones de compensación de los trabajadores y dónde buscar más información y ayuda.

La información que ofrece esta guía es válida en la mayoría de los casos. Sin embargo, el sistema de compensación de los trabajadores es complicado, por lo que la guía no describe en detalle muchas reglas, excepciones o fechas límites que pueden aplicarse a su caso.

Por ejemplo, si sufrió la lesión antes del 2004 o antes de las fechas de lesión que se señalan en los diversos capítulos y secciones de esta guía, sus prestaciones y los pasos que debe seguir podrían ser diferentes.

Igualmente, un contrato sindical o un acuerdo obrero-patronal establecido podrían otorgarle derechos adicionales o requerir procedimientos diferentes. (Para obtener información sobre derechos adicionales por acuerdos establecidos, vea “Cómo establecer derechos adicionales en el sistema de compensación de los trabajadores en California: Consejos Prácticos para Sindicatos y Empleadores” que se encuentra en el capítulo 10).

Todos los trabajadores, bien sea que hayan sufrido una lesión en el trabajo o no, deben leer el capítulo 1: “Principios fundamentales de la compensación de los trabajadores”.

Si sufrió una lesión en el trabajo, debe leer el capítulo 2: “Después de sufrir una lesión en el trabajo”. En este capítulo, lea la sección “Haga un seguimiento de su reclamo” (página 9) para obtener consejos básicos para manejar su caso y proteger sus derechos, en especial si se le presentan retrasos o tiene problemas con el sistema de compensación de los trabajadores.

Los siguientes capítulos abordan los diferentes tipos de prestaciones de compensación de los trabajadores, los pasos a seguir para resolver problemas relacionados con la atención médica y los informes médicos y cómo continuar trabajando para su empleador. Puede leer algunos o todos los capítulos dependiendo de su caso:

Capítulo 3: Atención médica

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

Capítulo 5: Prestaciones por incapacidad temporal

Capítulo 6: Seguir trabajando para su empleador después de sufrir una lesión

Capítulo 7: Prestaciones por incapacidad permanente

Capítulo 8: Prestaciones adicionales por la pérdida del trabajo

Capítulo 9: Programa adicional de regreso al trabajo

Puesto que esta guía no abarca todas las situaciones posibles que enfrentan los trabajadores lesionados, en el capítulo 10: “Obtener más información y ayuda” se presenta una lista con recursos adicionales. Estos incluyen agencias gubernamentales, abogados, proveedores de atención médica, sindicatos, grupos de apoyo, libros y otros materiales. Debe usar estos recursos para aprender más sobre la compensación de los trabajadores o para obtener ayuda personalizada para su caso.

Puede usar estos dos apéndices como referencia. El Apéndice A incluye leyes y reglamentos importantes que rigen sus derechos y obligaciones. También explica cómo acceder a las leyes y reglamentos. El Apéndice B contiene un glosario que explica brevemente muchos de los términos que se usan comúnmente en la compensación de los trabajadores.



Esta edición de la guía describe el sistema de compensación de los trabajadores a partir de abril de 2016. Los trabajadores que usen la guía también deben revisar las actualizaciones publicadas en el sitio web de la División de Compensación de los Trabajadores (DWC): www.dwc.ca.gov.

Capítulo 1: Principios fundamentales de la compensación de los trabajadores

¿Qué es la compensación de los trabajadores?



Si se lesiona en el trabajo, la ley obliga a su empleador a pagarle prestaciones de compensación de los trabajadores. Podría lesionarse de las siguientes maneras:

- **Un incidente en el trabajo.** Ejemplos: lastimarse la espalda al caerse, quemarse la piel con un producto químico o lesionarse en un accidente automovilístico al hacer entregas.
- **Exposiciones repetidas en el trabajo.** Ejemplos: lastimarse una mano, la espalda u otra parte del cuerpo por repetir constantemente el mismo movimiento; perder la capacidad auditiva causada por ruidos fuertes y constantes.

La compensación de los trabajadores solo cubre algunas de las lesiones relacionadas con el estrés (psicológicas) ocasionadas por el trabajo. Asimismo, la compensación de los trabajadores no cubre lesiones que se notifican al empleador después de que se despida o suspenda al trabajador. Para obtener más información sobre lo que cubre la compensación de los trabajadores, use los recursos del capítulo 10.

¿Cuáles son las prestaciones?

Las prestaciones pueden incluir:

Atención médica: su empleador la paga para ayudarlo a recuperarse de una lesión o de una enfermedad producto del trabajo. Esta incluye las consultas médicas y otros tratamientos, exámenes, medicamentos, equipos y gastos de viaje razonablemente necesarios para tratar su lesión.

Prestaciones por incapacidad temporal: pagos por salarios perdidos producto de una lesión que le impide hacer su trabajo habitual mientras se recupera.

Prestaciones por incapacidad permanente: pagos que se hacen en caso de que no se recupere completamente y de que la lesión le ocasione una pérdida permanente de su función física que un médico pueda medir.

Prestación complementaria por la pérdida del trabajo: es un vale que lo ayuda a pagar para recibir una capacitación o para mejorar sus habilidades si es elegible para recibir prestaciones por incapacidad permanente, si su empleador no le ofrece trabajo y si usted no vuelve a trabajar para él. Esta prestación está disponible para trabajadores que se hayan lesionado durante o después del año 2004. Si su lesión ocurrió durante o después del año 2013 y recibió una Prestación Complementaria por la Pérdida del Trabajo, también podría ser elegible para recibir un pago único adicional del Programa Complementario de Regreso al Trabajo.

Prestaciones por muerte: pagos que se hacen a su cónyuge, sus hijos u otros familiares dependientes si usted muere debido a una lesión o a una enfermedad producto del trabajo.

Para ver ejemplos de pagos de compensación de los trabajadores, consulte la página 5.

¿Mi médico habitual puede atenderme si me lesiono en el trabajo?

Puede hacerlo si le notifica a su empleador por *escrito*, y *antes* de lesionarse, el nombre y la dirección de su médico personal o de un grupo médico, lo que se conoce como una “designación previa”. Si hace la designación previa, podrá verse con su médico personal o con un grupo médico inmediatamente después de lesionarse.

¿Cómo se hace una designación previa?

Para designar previamente a su médico personal (en caso de que sea elegible para hacerlo), debe notificarlo por escrito a su empleador. Puede preparar su declaración escrita usted mismo, utilizar el formulario 9783 de la DWC, o utilizar el formulario que le entregó su empleador. Para descargar el formulario 9783 de la DWC, visite el sitio web: www.dir.ca.gov/dwc/forms.html.

Nota: si su empleador o la compañía de seguros trabaja con una organización de atención médica (Health Care Organization, HCO), debe usar otro formulario, como se explica en la página siguiente.

Asegúrese de incluir la siguiente información:

1. El nombre de su empleador.
2. Una declaración que señale que si sufre una lesión en el trabajo designa a su médico personal para proporcionarle atención médica. Debe indicar el nombre, la dirección y el número de teléfono del médico.
3. Su nombre.
4. Su firma.
5. La fecha.

Puede designar previamente a un médico o a un médico osteopático que lo atendió en el pasado y que tiene su expediente médico. El médico debe ser su médico general, un internista, un pediatra o un ginecólogo obstetra que sea su médico de atención primaria.

No puede designar previamente a su quiropráctico o a su acupuntor personal. Sin embargo, si le proporciona a su empleador por escrito el nombre de su quiropráctico o de su acupuntor personal antes de lesionarse, puede cambiar y verse con ellos cuando lo solicite, después de verse primero con un médico que elija el administrador de reclamos (una persona que se encarga de los reclamos de compensación de los trabajadores de parte del empleador).

También podrá designar previamente un grupo médico si este cumple con los siguientes requisitos:

- Está compuesto por médicos con licencia (MD) o por médicos osteopáticos (DO).
- Ofrece y coordina la atención médica primaria y la atención de otras especialidades médicas.
- Trata principalmente las condiciones médicas que no están relacionadas con el trabajo.

No puede hacer una designación previa a menos que el médico o el grupo médico que designa previamente acepte con antelación atender sus lesiones y enfermedades producto del trabajo. Puede documentar el acuerdo con la firma del formulario de designación previa, o con otro tipo de documentación por parte del médico, de un empleado del médico o de un empleado del grupo médico. Incluya la documentación cuando le entregue el formulario de designación previa o la declaración a su empleador.

Si hace una designación previa, podrá verse con su médico personal o con un grupo médico inmediatamente después de lesionarse

¿Todos los empleados pueden hacer una designación previa?

No, solo puede hacer una designación previa si, a la fecha de la lesión, tiene un seguro médico que cubra condiciones médicas que no están relacionadas con su trabajo. Si no tiene este seguro médico, no tiene derecho a hacer una designación previa.

¿Existen reglas diferentes para hacer una designación previa si mi empleador o la compañía de seguros trabaja con una organización de atención médica (HCO)?

Sí, una Organización de Atención Médica (Health Care Organization, HCO) es una organización que cuenta con la certificación de la División de Compensación de los Trabajadores para ofrecer atención médica controlada a los trabajadores lesionados. Si su empleador o la compañía de seguros trabaja con una HCO, debe proporcionarle el formulario DWC 1194 dentro de un plazo de 30 días después de que lo contraten y al menos una vez al año. Puede usar este formulario para designar previamente a su médico, a su quiropráctico o a su acupuntor personal. No es necesario que demuestre que su médico aceptó ser designado previamente. Si no hace una designación previa cada vez que reciba ese formulario, su empleador lo inscribirá en la HCO y esta atenderá las lesiones que sufra en el trabajo.

¿Qué debo hacer si me lesiono en el trabajo o si desarrollo una condición médica relacionada con el trabajo?

Notifíquese sobre la lesión o la enfermedad a su empleador. Asegúrese de hacerlo a su supervisor o a otra persona de la gerencia tan pronto como le sea posible. Si su lesión o su enfermedad se desarrolló gradualmente (como tendinitis o pérdida de audición), notifíquela de inmediato al enterarse de ella o si sospecha que es producto del trabajo. Notificar inmediatamente ayuda a prevenir problemas y retrasos al recibir las prestaciones, incluyendo la atención médica. Si su empleador no se da cuenta de su lesión dentro de los primeros 30 días, usted podría perder el derecho a recibir prestaciones de compensación de los trabajadores.

Reciba atención de emergencia si lo necesita. Si se trata de una emergencia médica, llame al 911 o vaya a una sala de emergencias de inmediato. Su empleador debe asegurarse de que usted tenga acceso a una atención de emergencia inmediata, y puede indicarle a dónde dirigirse para recibir tratamiento. Notifíquese al personal médico que su lesión o su enfermedad está relacionada con el trabajo.

Para conocer otros pasos a seguir, vea el capítulo 2.

¿Cómo puedo evitar una lesión en el trabajo?

Es mejor evitar que las lesiones sucedan. Los empleadores de California deben tener un Programa de Prevención de Lesiones y Enfermedades. El programa debe incluir capacitación del personal, inspecciones del lugar de trabajo y procedimientos para corregir oportunamente las condiciones inseguras. Obtenga información sobre el programa de su empleador y participe en él. Notifique sobre las condiciones inseguras a su empleador y al sindicato, en caso de tener uno. Si no le responden, llame a la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional de California (California Occupational Safety and Health Administration, Cal/OSHA), la agencia estatal responsable de hacer cumplir las leyes de salubridad y seguridad.

¿Sabía qué?

- Su empleador debe pagar los gastos de atención médica si usted se lesiona en el trabajo, sin importar si usted se ausenta o no del trabajo para recibir la atención médica.
- Puede ser elegible para recibir prestaciones incluso si es empleado temporal o a medio tiempo.
- Puede recibir prestaciones de compensación de los trabajadores incluso si es “contratista independiente”.
- No hace falta ser residente legal de Estados Unidos para recibir la mayoría de las prestaciones de compensación de los trabajadores.
- Recibirá las prestaciones sin importar quién fue el culpable de su lesión en el trabajo.
- No puede demandar a su empleador por la lesión que sufrió en el trabajo (en general).
- Es ilegal que su empleador lo sancione o despidan por una lesión laboral o por solicitar prestaciones de compensación de los trabajadores si considera que su lesión es producto del trabajo.

Ejemplos de prestaciones de compensación de los trabajadores

Prestaciones por incapacidad total temporal

FECHA DE LA LESIÓN	PAGOS MÍNIMOS	PAGOS MÁXIMOS
2010	\$148.00 semanales	\$986.69 semanales
2011	\$148.00 semanales	\$986.69 semanales
2012	\$151.57 semanales	\$1,010.50 semanales
2013	\$160.00 semanales	\$1,066.72 semanales
2014	\$161.19 semanales	\$1,074.64 semanales
2015	\$165.49 semanales	\$1,103.29 semanales
2016	\$169.26 semanales	\$1,128.43 semanales

Ejemplos de prestaciones por incapacidad permanente

Los siguientes son solo ejemplos que se aplican a trabajadores que han ganado más de \$435 semanales antes de lesionarse y cuyo empleador tiene menos de 50 empleados. Los ejemplos no se ajustan por edad, ocupación u otros factores que ocasionan incapacidad (prorratio).

INCAPACIDAD	LESIÓN ENTRE 2005 Y 2012	LESIÓN EN 2013	LESIÓN EN 2014
Pérdida total de la vista en un ojo y una visión normal en el otro ojo	\$19,665.00 (total)	\$27,312.50 (total)	\$34,437.50 (total)
Amputación del dedo índice en la articulación media	\$6,210.00 (total)	\$7,877.50 (total)	\$9,932.50 (total)

Prestaciones complementarias por la pérdida del trabajo

FECHA DE LA LESIÓN	PRESTACIÓN MÁXIMA
Entre 2004 y 2012	Entre \$4,000 y \$10,000 de acuerdo a la clasificación de la incapacidad permanente
A partir de 2013	\$6,000

Muerte: ejemplos en los que hay tres o más dependientes en total

Los siguientes son solo ejemplos. También hay prestaciones disponibles si hay menos de tres dependientes en total o si hay dependientes parciales.

Gastos de entierro:

La lesión ocurrió antes de 2013: hasta \$5,000

La lesión ocurrió a partir de 2013: \$10,000

Prestaciones por muerte si hay tres o más dependientes en total:

La lesión ocurrió a partir de 2006: \$320,000 (total)

(Independientemente de los montos indicados anteriormente, las prestaciones por muerte que se pagan a un niño totalmente dependiente continúan hasta que este cumpla 18 años de edad. Si el niño padece una incapacidad física o mental, las prestaciones continúan de por vida).

Capítulo 2: Después de sufrir una lesión en el trabajo



¿Qué debo hacer después de notificar sobre una lesión o una enfermedad a mi empleador?

Después de notificar sobre la lesión y recibir atención de emergencia, de necesitarla (vea el capítulo 1), siga los siguientes pasos.

Llene un formulario de reclamo y entrégueselo a su empleador

Su empleador debe entregarle o enviarle un formulario de reclamo de compensación de los trabajadores (DWC 1) dentro de un plazo de un día laborable a partir del momento en que se le notifique la lesión o la enfermedad (o cuando el empleador se entere de ella). Use el formulario para solicitar prestaciones de compensación de los trabajadores. Si su empleador no le entrega un formulario de reclamo, solicítelo a un funcionario de la oficina de Información y Asistencia (vea las páginas 48 y 49).

Lea toda la información que contiene el formulario de reclamo. Llene y firme la sección del “empleado” del formulario. Describa por completo la lesión que sufrió, señale todas las partes del cuerpo afectadas por la lesión y entréguele el formulario a su empleador. A esto se le llama “presentar” el formulario de reclamo. Debe hacer esto de inmediato para evitar posibles problemas con su reclamo. Si le envía el formulario por correo a su empleador, use el correo prioritario o certificado y adquiera un acuse de recibo.

Reciba una buena atención médica

Debe recibir tratamiento de un médico que comprenda su tipo específico de lesión o de enfermedad. En el capítulo 3 se explica cómo se elige ese médico al que se denomina “médico de atención primaria”. Las funciones de ese médico son las siguientes:

- Prescribir atención para la lesión o la enfermedad laboral y encargarse de su atención médica en general.
- Ayudar a determinar cuándo puede regresar al trabajo.
- Ayudar a identificar los tipos de trabajo que puede hacer de forma segura mientras se recupera.
- De ser necesario, remitirlo con un especialista.
- Elaborar informes médicos que ayuden a determinar las prestaciones que recibirá.

Indique al médico los síntomas que presenta y las situaciones laborales que considera que los ocasionan. Asimismo, describa su trabajo y el ambiente laboral.

¿Qué sucede después de presentar el formulario de reclamo?

Su empleador debe llenar y firmar la sección del “empleador” del formulario y entregarle el formulario completo a un administrador de reclamos. Esta persona se encarga de los reclamos de compensación de los trabajadores de parte del empleador. (La mayoría de los administradores de reclamos trabajan para compañías de seguro u otras organizaciones que se encargan de los reclamos de parte de los empleadores. Algunos administradores de reclamos trabajan directamente para grandes empleadores que se encargan de sus propios reclamos. A esta persona también se le llama “examinador de reclamos” o “ajustador de reclamos”). Su empleador debe entregarle o enviarle una copia del formulario completado dentro de un plazo de un día laborable después de presentarlo.

Debe guardar esa copia.

El administrador de reclamos debe decidir dentro de un periodo razonable si acepta o niega su reclamo.

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

“Aceptar” el reclamo significa que el administrador de reclamos reconoce que la compensación de los trabajadores cubre la lesión. Si se acepta su reclamo, recibirá atención médica paga para atender su lesión. También podría ser elegible para recibir pagos para compensar los salarios perdidos. Para obtener más información sobre esos pagos, vea el capítulo 5.

“Negar” el reclamo significa que el administrador de reclamos determina que la compensación de los trabajadores no cubre la lesión. Si el administrador de reclamos le envía una carta en la que le indica que niega su reclamo, tiene derecho a apelar esa decisión. Sin embargo, no debe demorarse en hacerlo, puesto que existen plazos para presentar la documentación necesaria. Para obtener ayuda con su reclamo, use los recursos expresados en el capítulo 10.

Si no he recibido noticias de parte del administrador de reclamos, ¿significa que se aceptó mi reclamo?

El administrador de reclamos debe decidir dentro de un periodo razonable si acepta o niega su reclamo. Si tiene preguntas sobre un retraso con su reclamo, use los recursos que están en el capítulo 10. Si el administrador de reclamos no le envía una carta en la que le indica que niega su reclamo dentro de un plazo de 90 días después de que presentó el formulario o de que notificó sobre su lesión, en la mayoría de los casos, significa que se aceptó su reclamo.

¿Quién decide qué tipo de trabajo puedo realizar mientras esté en recuperación?

El médico de atención primaria es el responsable de explicar en un informe médico:

- El tipo de trabajo que puede y no puede hacer mientras se recupera.
- Las modificaciones que se deben hacer a su horario de trabajo o a sus tareas laborales.

Usted, su médico de atención primaria, su empleador y su abogado (si tiene uno) deben revisar la descripción de sus tareas laborales y analizar las modificaciones que se deben hacer a su trabajo. Por ejemplo, su empleador puede darle un horario de trabajo reducido o asignarle menos tiempo a ciertas tareas (vea el capítulo 6).

Si no está de acuerdo con el médico de atención primaria, debe comunicárselo de inmediato y por escrito al administrador de reclamos, o podría perder derechos importantes. Para revisar los pasos a seguir si no está de acuerdo con un informe médico, vea el capítulo 4.

NOTA:

En el formulario de reclamo encontrará un mensaje que indica que es ilegal cometer un fraude con el propósito de:

- Obtener prestaciones o pagos de compensación de los trabajadores.
- Negar estas prestaciones a un trabajador lesionado.

El fraude es un delito grave. Esta ley se le aplica a todos aquellos que están en del sistema de compensación de los trabajadores, como: trabajadores lesionados, empleadores, administrador de reclamos, médicos y abogados.

Para denunciar un fraude, contacte a la oficina local del fiscal del distrito o al Departamento de Seguro (Department of Insurance, DOI) de California.

Puede llamar al DOI sin cargo al 1-800-927-4357 y pedir el número telefónico de la oficina más cercana de su División de Fraude.

También puede consultar el sitio web del DOI: www.insurance.ca.gov/0300-fraud/.

Temo que me despidan debido a una lesión. ¿Mi empleador puede despedirme?

Es ilegal que su empleador lo sancione o despida por una lesión laboral o por presentar un reclamo de prestaciones de compensación de los trabajadores si considera que su lesión es producto del trabajo. Igualmente, es ilegal que su empleador sancione o despida a sus compañeros de trabajo por declarar en su caso. El artículo 132a del Código Laboral de California (California Labor Code) prohíbe este tipo de discriminación.

Además, la Ley Federal de Ausencia Familiar y Médica (Family and Medical Leave Act, FMLA) y la Ley de Derechos Familiares de California (California Family Rights Act, CFRA) señalan que un empleador con al menos 50 empleados debe, en general, permitirle tomar permisos de hasta 12 semanas, sin goce de salario y sin perder su trabajo, si necesita tiempo para ocuparse de un problema médico grave.

Si no se recupera por completo de su lesión, la Ley Federal sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) y la Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda (Fair Employment and Housing Act, FEHA) de California establecen que es ilegal que su empleador lo discrimine por presentar una incapacidad grave.

Si sospecha que puede perder su empleo, busque ayuda. Use los recursos que están en el capítulo 10. Recuerde que hay fechas límites para llevar a cabo las acciones para proteger sus derechos.

Además de las prestaciones de compensación de los trabajadores, ¿puedo recibir algún otro tipo de ayuda financiera?

Puede haber otros tipos de ayudas disponibles:

- Seguro Estatal por Incapacidad (State Disability Insurance, SDI) o, en algunas ocasiones, seguro por desempleo (Unemployment Insurance, UI) prestaciones pagadas por el Departamento del Desarrollo del Empleo (Employment Development Department, EDD) cuando se demoran o se rechazan los pagos de compensación de los trabajadores. (Debe presentar un reclamo de prestaciones del SDI o del UI si dejó de trabajar después de lesionarse, en caso de que exista algún problema con su reclamo de compensación de los trabajadores. Asegúrese de notificarle su reclamo de compensación de los trabajadores al EDD).
- Prestaciones por incapacidad del Seguro Social que la Administración de Seguro Social de los Estados Unidos (Social Security Administration, SSA) paga por incapacidad total (estas prestaciones pueden ser menores dependiendo de los pagos que ha recibido por compensación de los trabajadores).
- Prestaciones que ofrecen empleadores y sindicatos, como por ejemplo, ausencia por enfermedad, seguro médico grupal o seguro por incapacidad a largo plazo (long-term disability insurance, LTD) y planes de continuación de salario.
- Un reclamo o una demanda en caso de que alguien que no sea su empleador ocasione la lesión.

Para obtener más información sobre estos tipos de ayuda, use los recursos que están en el capítulo 10.



Haga seguimiento de su reclamo

Sin importar si tiene un problema o no:

- **Lleve un registro completo.** Es probable que tenga que llenar y recibir muchos formularios y otros documentos. Debe guardar copia de todo, ¡incluso de los sobres con la fecha del sello postal!
 - Anote todas las conversaciones con la gente involucrada en su reclamo.
 - Lleve un registro de su condición médica y de cómo afecta su capacidad para trabajar.
 - Solicítele por escrito al administrador de reclamos que le facilite copias de todos los informes médicos y de otros documentos.
 - Guarde los horarios de trabajo y los recibos de pago anteriores y posteriores a su lesión en los que aparezcan sus ingresos, las fechas en las que trabajó y en las que no.
 - Lleve un registro de todos sus desembolsos que la compensación de los trabajadores podría cubrir (como medicamentos con prescripción y el transporte a consultas médicas).
- Obtenga más información sobre la compensación de los trabajadores. Las leyes y los procedimientos de compensación de los trabajadores son complicados. Lo que se aplica al caso de un trabajador lesionado, podría no aplicarse a su caso. Conozca sus derechos y no tema hacer preguntas. Use los recursos que están en el capítulo 10.

En muchos casos, los trabajadores lesionados obtienen prestaciones rápidamente y sin problemas, mientras que, en otros casos, se presentan problemas y retrasos. Esta página ofrece consejos para que se encargue de su caso y para que se asegure de que sus derechos están protegidos.

Si tiene inquietudes, comuníquelas. Verifique si **su empleador** o el **administrador de reclamos** aceptan resolver el problema. Si esto no funciona, no se demore en buscar ayuda e intente lo siguiente:

- **Contacte a un funcionario de Información y Asistencia.** Los funcionarios de I&A ayudan a los trabajadores lesionados y responden sus preguntas, al igual que pueden proporcionarle información, formularios y ayuda para resolver problemas. Algunos funcionarios de I&A ofrecen talleres a trabajadores lesionados. Para obtener más información, vea las páginas 48 y 49 o diríjase al sitio web: www.dwc.ca.gov. Para comunicarse con un funcionario local, consulte las páginas del gobierno en la primera sección de las páginas blancas de la guía telefónica y busque: “State Government Offices/Industrial Relations/Workers’ Compensation”.
- **Consulte a un abogado.** Los abogados que representan a trabajadores lesionados en casos de compensación de los trabajadores se llaman abogados de solicitantes. Su trabajo consiste en proteger los derechos del trabajador, planear una estrategia para el caso, conseguir información para respaldar su reclamo, llevar un registro de las fechas límites y representarlo en audiencias ante un juez de compensación de los trabajadores. Para obtener más información, vea la página 56. El State Bar of California (1-415-538-2120, www.calbar.ca.gov), una asociación local de abogados o la Asociación de Abogados de Solicitantes de California (California Applicants’ Attorneys Association - 1-800-648-3132, www.caaa.org) pueden proporcionarle una lista de abogados de solicitantes.
- **Contacte a su sindicato.** El sindicato puede ayudarlo a resolver problemas, informarlo sobre otras prestaciones, negociar cambios necesarios en su trabajo, protegerlo contra la discriminación en el trabajo y ponerlo en contacto con servicios legales.
- **Sea su propio representante.** Si no obtiene ayuda de los recursos anteriores, puede preparar su propio caso y solicitar una audiencia ante un juez de compensación de los trabajadores. Para obtener información de cómo hacerlo, comuníquese con un funcionario de Información y Asistencia (vea lo explicado anteriormente).

Capítulo 3: Atención médica



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

¿Quién cubre mi atención médica?

Su empleador cubre los gastos de atención médica de su lesión o de su enfermedad laboral, a través de un seguro de compensación de los trabajadores o de uno propio. El administrador de reclamos paga las facturas médicas. En ningún caso recibirá una factura médica, siempre y cuando presente un formulario de reclamo y que su médico sepa que se trata de una lesión laboral.

Se considera ilegal que un médico o un centro de atención médica envíe la factura al trabajador si saben que la lesión es o podría ser laboral. Esta ley se encuentra en el artículo 3751(b) del Código Laboral de California.

¿Qué tipo de atención médica está disponible para los trabajadores lesionados?

La Ley de Compensación de los Trabajadores de California obliga a los administradores de reclamos a autorizar y a pagar los gastos de la atención médica que “razonablemente se requieran para curar o aliviar” los efectos de la lesión. Dicha atención médica sigue las pautas de tratamiento médico con base científica.

Pautas de tratamiento médico que se usan en California

Las pautas de tratamiento médico que se usan en la actualidad en California se encuentran en el Catálogo de Utilización de Tratamientos Médicos (Medical Treatment Utilization Schedule, MTUS) publicado por la División de Compensación de los Trabajadores (DWC). El MTUS contiene partes de la segunda edición de las Pautas de la Práctica de la Medicina Ocupacional (Occupational Medicine Practice Guidelines) publicadas por el Colegio Estadounidense de Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente (American College of Occupational and Environmental Medicine, ACOEM), al igual que otras pautas. También contienen pautas para la acupuntura, el tratamiento del dolor crónico y tratamientos posquirúrgicos. En la actualidad se está actualizando el MTUS.

Las pautas de tratamiento médico se diseñaron para ayudar a los médicos a ofrecer los tratamientos adecuados. Esto que incluye asesorar y guiar al trabajador lesionado para mantenerse activo durante su recuperación e informarle al empleador sobre cambios laborales necesarios para favorecer la recuperación. Dichos cambios podrían implicar asignar tareas diferentes, reducir las horas de trabajo u otras modificaciones seguras y apropiadas para esa lesión en particular.

Si su médico recomienda un tratamiento que no está incluido en las pautas

Algunos trabajadores lesionados padecen condiciones médicas que necesitan un tratamiento que no está incluido en las pautas del MTUS. Si su médico recomienda un tratamiento que no está entre estas pautas, el administrador de reclamos pagará el tratamiento si este sigue otras pautas con base científica generalmente reconocidas por la comunidad médica nacional. [Algunas de estas pautas de tratamiento están disponibles, por ejemplo, en el sitio web de la Cámara Nacional de Compensación de Pautas (National Guideline Clearinghouse) en: www.guideline.gov].

Si su caso se resuelve con un acuerdo de atención médica futura

Si usted y el administrador de reclamos resuelven su caso de compensación de los trabajadores con un acuerdo para continuar recibiendo la atención médica para su lesión, las pautas y las reglas de tratamiento médico descritas anteriormente aún se aplican en su caso. Las pautas y las reglas se aplican a **todos** los tratamientos, incluso en los casos resueltos antes de que se incorporaran las pautas de tratamiento médico a la Ley de Compensación de los Trabajadores.

Límites de consultas con el quiropráctico, el fisioterapeuta y el terapeuta ocupacional

Si su lesión ocurrió a partir de 2004, tiene un máximo de 24 consultas con el quiropráctico, 24 consultas con el fisioterapeuta y 24 consultas con el terapeuta ocupacional para recibir tratamiento para su lesión (excepto si se trata de consultas incluidas en las pautas de tratamiento posquirúrgico), a menos que el administrador de reclamos autorice consultas adicionales por escrito. Igualmente, sin importar la fecha en que ocurrió la lesión, puede estar sujeto a otros límites de consultas con base en las pautas de tratamiento médico descritas anteriormente.

¿Cuándo comienzo a recibir la atención médica?

Si se trata de una emergencia, su empleador debe garantizarle que tenga acceso a un tratamiento de emergencia al momento. En el caso de atención médica que no es urgente, el administrador de reclamos debe autorizar el tratamiento dentro de un plazo de un día laborable después de que presente el formulario de reclamo. Mientras se investiga su reclamo, el administrador de reclamos debe autorizar hasta un valor de \$10,000 para el tratamiento necesario.

¿Qué debo hacer si el administrador de reclamos no autoriza el tratamiento al momento?

Hable con su supervisor, con otra persona de la gerencia o con el administrador de reclamos y recuérdale la exigencia legal de proporcionar atención médica inmediata. Esta ley se encuentra en el artículo 5401(c) del Código Laboral de California. Pida autorización para recibir el tratamiento de inmediato, mientras espera la decisión acerca de su reclamo.

Si el administrador de reclamos no autoriza el tratamiento, use su propio seguro médico para recibir atención médica. Después, su compañía de seguros pedirá el reembolso al administrador de reclamos.

Si no tiene un seguro médico, busque un médico, una clínica o un hospital que le brinde tratamiento sin exigirle pago inmediato. Después, pedirán el reembolso al administrador de reclamos.

Para apelar la decisión del administrador de reclamos de no autorizar el tratamiento, para solicitar multas o para presentar quejas, vea el capítulo 4.

¿Sabía qué?

- Su empleador debe exhibir la información sobre sus derechos de compensación de los trabajadores, incluyendo el derecho de designar previamente a su médico personal en caso de lesionarse en el trabajo.
- Si su empleador o compañía de seguros tiene una red de proveedores médicos (Medical Provider Network, MPN), ellos deben proporcionarle información por escrito sobre los derechos, los procedimientos y los servicios para la atención dentro de la red.
- Tiene derecho a solicitar y recibir copias de todos los informes médicos que afectan sus prestaciones.
- Tiene derecho a que haya otra persona presente durante un examen médico o a grabarlo. **Nota:** debe notificarle a su médico si piensa grabar el examen médico.

Si se trata de atención médica que no es urgente, ¿quién puede brindarme tratamiento después de sufrir una lesión?

Depende de si su empleador o compañía de seguros tiene una red de proveedores médicos (MPN) o si trabajan con una organización de atención médica (HCO) para atender a los trabajadores lesionados, y de si usted designó previamente a su médico personal o a un grupo médico.

Si designó previamente a su médico personal o a un grupo médico

Los trabajadores con una cobertura de atención médica para condiciones que no están relacionadas con el trabajo pueden designar previamente a su médico personal o a grupo médico antes de sufrir una lesión. Para obtener información acerca de cómo hacer esto, vea el capítulo 1. Si hace la designación previa, podrá verse con su médico personal o con un grupo médico inmediatamente después de lesionarse.

Si hay una red de proveedores médicos (MPN)

Una MPN es un grupo de médicos y otros proveedores de atención médica que atienden a los trabajadores lesionados. La División de Compensación de los Trabajadores (DWC) debe aprobar las MPN. Un empleador o una compañía de seguros con una MPN debe proporcionarle información por escrito sobre ella.

Si su empleador o compañía de seguros tiene una MPN, en la mayoría de los casos se le atenderá primero en la MPN después de lesionarse, salvo que haya hecho una designación previa.

Si hay una organización de atención médica (HCO)

Una HCO es una organización certificada por la DWC que trabaja con un empleador o con una compañía de seguros para ofrecer atención médica controlada a los trabajadores lesionados. La mayoría de los empleadores y de las compañías de seguros no trabajan con las HCO. Un empleador o una compañía de seguros que trabaje con una HCO debe darles a sus empleados un formulario preparado por la División de Compensación de los Trabajadores, el formulario 1194 de la DWC, para permitirles elegir si desean inscribirse en la HCO. Los empleados nuevos deben recibir ese formulario dentro de un plazo de 30 días a partir de su contratación y los empleados actuales deben recibirlo al menos cada año. Ese formulario se encuentra en el artículo 9779.4 del Título 8 del Código de Reglamentos de California y puede descargarse por Internet. (Para obtener información sobre cómo acceder a los reglamentos, vea el Apéndice A).

Si su empleador o compañía de seguros trabaja con una HCO, en la mayoría de los casos se le atenderá primero en la HCO después de lesionarse, salvo que haya hecho una designación previa.

Si *no* hay una MPN ni una HCO

Si su empleador o la compañía de seguros no tiene una MPN y tampoco trabaja con una HCO, en la mayoría de los casos el administrador de reclamos puede elegir cuál médico lo atenderá primero después de lesionarse, salvo que haya hecho una designación previa.

Otras situaciones en las que puede elegir quién lo atenderá inmediatamente después de lesionarse

En ocasiones, un trabajador lesionado puede elegir el médico principal que lo atenderá, incluso si no hizo una designación previa:

- Si su empleador no le envió información obligatoria sobre los derechos de compensación de los trabajadores y tampoco le ofreció tratamiento después de enterarse de su lesión, usted puede ver a su médico personal inmediatamente después de lesionarse.
- Si su empleador o la compañía de seguros lo envía a recibir un tratamiento totalmente inadecuado o se niega a proveerle la atención médica necesaria, puede verse con un médico de su elección que no tiene que ser su médico personal.

Si considera que una de estas situaciones describe su caso y desea ser atendido por su médico personal o por otro médico de su elección, busque ayuda de inmediato para evitar posibles disputas sobre quién puede elegir al médico. Use los recursos que están en el capítulo 10.

¿Puedo cambiar de médico para recibir tratamiento?

Si; sin embargo, sus opciones dependen de si recibe tratamiento con una red de proveedores médicos (MPN) o con una organización de atención médica (HCO) y de si designó previamente a su médico personal.

Opciones si recibe tratamiento con una MPN

Si recibe tratamiento en una MPN, después del primer examen médico de su lesión, se le permite cambiar y atenderse con otro médico de la MPN, y puede volver a cambiar de médico cuando sea razonable hacerlo. Su empleador o la compañía de seguros debe proporcionarle información por escrito sobre cómo hacerlo (a partir del 1 de enero de 2014) y ofrecerle servicios para ayudarlo a encontrar un médico disponible. En la mayoría de los casos, no tiene permitido cambiarse a un médico fuera de la MPN.

Opciones si recibe tratamiento con una HCO

Si recibe tratamiento con una HCO, se le permite cambiarse a otro médico de la HCO una vez. La HCO debe proporcionarle una selección de médicos dentro de un plazo de 5 días desde que solicite el cambio.

Si tiene una cobertura con un seguro médico proporcionado por su empleador, puede cambiarse a un médico fuera de la HCO después de que transcurran 180 días desde que se le notifique sobre su lesión o su enfermedad al empleador. Si **no** tiene dicho seguro médico, puede cambiarse a un médico fuera de la HCO después de que transcurran 90 días desde que se le notifique sobre su lesión o su enfermedad al empleador.

Cuando se cambia a un médico fuera de la HCO, este profesional puede ser médico, médico osteopático, psicólogo, acupuntor, optometrista, dentista, podólogo o quiropráctico. (Sin embargo, un quiropráctico no puede ser el médico tratante después de que usted haya alcanzado el número máximo de consultas quiroprácticas, tal como se describe en la página 11). Usted o el médico nuevo debe darle el nombre y la dirección del médico al administrador de reclamos. Esto permite que el administrador de reclamos pueda obtener informes médicos y pagar su atención médica. Puede volver a cambiar de médico cuando sea razonable hacerlo.

Opciones si no recibe tratamiento con una MPN ni con una HCO y no hizo una designación previa

Si no recibe tratamiento con una MPN o con una HCO ni tampoco designó previamente a su médico personal, tiene derecho a cambiarse de médico una vez durante los primeros 30 días desde que se le notifique sobre su lesión o su enfermedad al empleador. Sin embargo, el administrador de reclamos generalmente puede elegir el médico nuevo. Si le dio el nombre de su quiropráctico o acupuntor personal por escrito a su empleador antes de lesionarse, puede recibir tratamiento con ellos cuando lo solicite, después de la primera vez que lo atienda un médico que haya elegido el administrador de reclamos. (Sin embargo, un quiropráctico no puede ser el médico tratante después de que usted haya alcanzado el número máximo de consultas quiroprácticas, tal como se describe en la página 11).

Después de 30 días, puede cambiarse a un médico de su elección si aún necesita atención médica y su empleador o la compañía de seguros aún no ha creado una MPN. El médico nuevo puede ser médico, médico osteopático, psicólogo, acupuntor, optometrista, dentista, podólogo o quiropráctico. (Un quiropráctico estará sujeto al número máximo de consultas que se establece en la página 11). Usted o el médico nuevo debe darle el nombre y la dirección del médico al administrador de reclamos. Esto permite que el administrador de reclamos pueda obtener informes médicos y pagar por su atención médica. Puede volver a cambiar de médico cuando sea razonable hacerlo.

Opciones si recibe tratamiento con un médico personal designado previamente

Si hay una MPN: Si recibe tratamiento con un médico que designó previamente y su empleador o la compañía de seguros tiene una MPN, puede cambiarse de médico dentro de la MPN y puede volver a hacerlo dentro de la MPN cuando sea razonable hacerlo. Su empleador o la compañía de seguros debe proporcionarle información por escrito sobre cómo elegir un médico dentro de la MPN y, desde el 1 de enero de 2014, ofrecerle servicios para ayudarlo a encontrar un médico disponible. Sin embargo, el médico personal designado previamente puede remitirlo con otro médico fuera de la MPN para que se consulte o reciba tratamiento especializado con él.

Si hay una HCO: si recibe tratamiento con un médico que ha designado previamente y su empleador o la compañía de seguros trabaja con una HCO, puede cambiarse y ser atendido por un médico nuevo dentro de la HCO. Puede volver a hacerlo dentro de la HCO y posteriormente cambiarse a un médico fuera de la HCO tal como se describió anteriormente en “Opciones si recibe tratamiento con una HCO”.

Si no hay una MPN ni una HCO: si recibe tratamiento con un médico que ha designado previamente y su empleador o la compañía de seguros no tiene una MPN y no trabaja con una HCO, puede cambiar de médico como se describió anteriormente en “Opciones si no recibe tratamiento con una MPN ni con una HCO y no hizo una designación previa”.

¿Cómo puedo evitar los problemas para obtener el tratamiento adecuado?

Asegúrese de entender el plan de tratamiento del médico de atención primaria y solicite copias de todos los informes médicos redactados por él y cualquier otro especialista sobre su lesión. Estos informes, los cuales el médico debe enviar al administrador de reclamos, detallan las características y las causas de la lesión, el tratamiento necesario y los tipos de tareas que puede hacer mientras se recupera. El médico y el administrador de reclamos deben darle copias cuando las solicite (a excepción de algunos casos en los que se solicitan expedientes de salud mental). Si tiene preguntas sobre un informe en particular, pregúntele al médico.

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.

Capítulo 5: Prestaciones por incapacidad temporal

¿Qué son las prestaciones por incapacidad temporal?

Si su lesión le impide desempeñar su trabajo habitual durante su recuperación, puede cumplir los requisitos para recibir prestaciones por incapacidad temporal (Temporary Disability, TD). Las prestaciones por TD son pagos que recibe si pierde salarios debido a:

- El médico tratante señala que es incapaz de ejercer su trabajo habitual por más de tres días o si pasa la noche internado en un hospital.
- Su empleador no le ofrece otro trabajo con el mismo salario mientras se recupera.

¿Cuáles son los diferentes tipos de prestaciones por TD?

Hay dos tipos de prestaciones por TD:

- Si no puede trabajar de ningún modo mientras se recupera, recibirá pagos por incapacidad total temporal (Temporary Total Disability, TTD).
- Si puede hacer algún tipo de trabajo mientras se recupera y su empleador le ofrece ese trabajo, recibirá pagos por incapacidad parcial temporal (Temporary Partial Disability, TPD) si su salario mientras se recupera es menor que el límite máximo establecido por la ley.

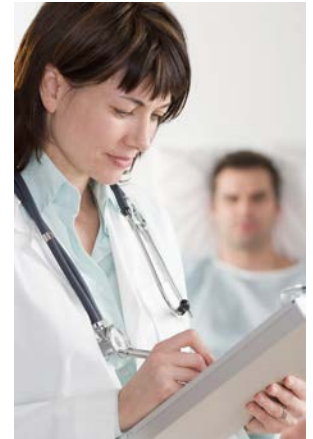
¿Cuánto se recibe por prestaciones por TD?

En general, las prestaciones por TD equivalen a dos tercios del salario bruto (antes de restar impuestos) que pierde mientras se recupera de la lesión laboral. Sin embargo, no puede recibir más del monto semanal máximo ni menos del mínimo conforme a lo que establece la ley.

No paga impuestos federales, estatales o locales sobre las prestaciones por TD. Igualmente, tampoco paga impuestos por el Seguro Social, cuotas sindicales ni contribuciones a las cuentas de jubilación sobre estas prestaciones.

La información de este capítulo le da una idea aproximada sobre los montos de las prestaciones por TD. Puede ser complicado determinar los montos exactos de los pagos por TD, especialmente para los trabajadores que:

- Tenían un segundo empleo cuando se lesionaron.
- Tenían trabajo por temporadas.
- Tenían salarios que aumentan o disminuyen.
- Ganaban otros ingresos como propinas, horas extras, primas o complementos para gastos de vivienda, ropa o automóvil.
- Tenían un aumento de salario programado para después de la fecha en que ocurrió la lesión.
- Recibieron prestaciones por TD por más de dos años después de la fecha en que ocurrió la lesión.



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

Otras prestaciones además de las prestaciones por TD

- Si se lesiona en el trabajo, su empleador debe pagar la atención médica para ayudarlo a recuperarse. Vea el capítulo 2.
- Puede ser elegible para recibir otros tipos de ayuda financiera, como el seguro estatal por incapacidad, si los pagos por TD se retrasan o se niegan. Para obtener información sobre estas prestaciones, vea el capítulo 10.
- Las prestaciones por TD solo se pagan mientras usted esté en recuperación. Algunos trabajadores lesionados reciben otros tipos de prestaciones más adelante. Para obtener información sobre esos otros tipos de prestaciones, vea los capítulos 6, 7 y 8.
- Todos los empleadores públicos y privados que tengan 50 empleados o más deben otorgar permisos laborales protegidos a los trabajadores con problemas graves de salud o que necesitan cuidar a un hijo o a otro familiar. Esto se rige por la Ley de Derechos Familiares de California (CFRA) y la Ley Federal de Ausencia Familiar y Médica (FMLA). Estos permisos laborales protegidos pueden transcurrir de forma simultánea con los días no trabajados mientras se reciben las prestaciones por TD.

¿Cuánto recibo por prestaciones por TTD?

En general, las prestaciones por incapacidad total temporal (TTD) equivalen a dos tercios del salario que ganaba antes de lesionarse.

Ejemplo: si el salario bruto que ganaría de no haberse lesionado fuera de \$300 semanales, los pagos por TTD serían \$200 semanales.

Límites máximos para pagos por TTD

No puede recibir un monto superior al monto semanal máximo que establece la ley. Por lo tanto, si ganaba más de un salario específico antes de lesionarse, podría recibir menos de dos tercios de ese salario.

El monto máximo depende de la fecha en que ocurrió la lesión. Ejemplos:

- Si se lesionó en el año 2014 y su salario bruto antes de lesionarse era superior a \$1,611.96 semanales, los pagos por TTD serán de un máximo de: \$1,074.64 semanales.
- Si se lesionó en el año 2015 y su salario bruto antes de lesionarse era superior a \$1,654.94 semanales, los pagos por TTD serán de un máximo de: \$1,103.29 semanales.
- Si se lesionó en el año 2016 y su salario bruto antes de lesionarse era superior a \$1,692.65 semanales, los pagos por TTD serán de un máximo de: \$1,128.43 semanales.

Si desea ver ejemplos especiales, vea la página 25.

Pagos mínimos por TTD para trabajadores de bajos ingresos

No puede recibir un monto inferior al monto semanal mínimo que establece la ley. Por lo tanto, si ganaba menos de un salario específico antes de lesionarse, podría recibir más de dos tercios de ese salario.

El monto mínimo depende de la fecha en que ocurrió la lesión. Ejemplos:

- Si se lesionó en el año 2014 y su salario bruto antes de lesionarse era inferior a \$241.79 semanales, los pagos por TTD serán de un mínimo de: \$161.19 semanales.
- Si se lesionó en el año 2015 y su salario bruto antes de lesionarse era inferior a \$284.24 semanales, los pagos por TTD serán de un mínimo de: \$165.49 semanales.
- Si se lesionó en el año 2016 y su salario bruto antes de lesionarse era inferior a \$253.89 semanales, los pagos por TTD serán de un mínimo de: \$169.26 semanales.

Ejemplo especial: una asistente de enfermería a tiempo parcial que se lesionó en 2015 y que ganaba un salario bruto de \$200.00 semanales antes de lesionarse recibirá \$165.49 semanales por pagos por TTD.

¿Cuánto se recibe por prestaciones por TPD?

Su empleador puede ofrecerle un trabajo diferente y menos arriesgado mientras se recupera o un horario de trabajo reducido. (Vea el capítulo 6). Si gana menos que antes de lesionarse, podría ser elegible para recibir pagos por incapacidad parcial temporal (TPD). Generalmente, esos pagos equivalen a dos tercios del salario que pierde.

Ejemplo: si su salario bruto antes de lesionarse era \$300 semanales y después de regresar al trabajo gana \$210 semanales, su pérdida en salarios es de \$90 semanales. El pago por TPD será \$60 semanales (dos tercios de \$90).

Como sucede con las prestaciones por TTD, la ley establece montos máximos y montos mínimos para los pagos por TPD.

¿Cuándo comienzan los pagos por TD?

Si la compensación de los trabajadores cubre su lesión, debe recibir su primer pago por TD dentro de los 14 días siguientes a que su empleador sepa que:

- Sufrió una lesión laboral o que padece una enfermedad producto del trabajo.
- El médico tratante determine que su lesión le impide trabajar.

El administrador de reclamos le hará este pago. El administrador de reclamos también debe enviarle una carta en la que le explique cómo se calcula el monto de su pago.

Después del primer pago, las prestaciones por TD deben pagarse cada dos semanas y por el tiempo que sea elegible para recibirlas.

Avisos sobre los pagos por TD

El administrador de reclamos debe mantenerlo informado enviándole cartas que le expliquen:

- Cómo se determinaron los montos de los pagos por TD.
- Las razones por las que se retrasaron o no se pagaron las prestaciones por TD.
- Las razones por las que se modifican los montos de los pagos por TD.
- Las razones por las que concluyen las prestaciones por TD (con una lista de todas las prestaciones por TD que se pagaron).

¿Qué sucede si no recibe los pagos a tiempo?

En ocasiones, los pagos se retrasan. Si el administrador de reclamos no puede determinar si la compensación de los trabajadores cubre su lesión o si se deben pagar prestaciones por TD, puede retrasar su primer pago por TD mientras realiza las investigaciones necesarias. Los retrasos no suelen ser de más de 90 días.

Si hay un retraso, el administrador de reclamos debe enviarle una carta que le indique que hay un retraso y que le explique:

- Por qué no recibirá pagos durante los primeros 14 días.
- Qué información necesita el administrador de reclamos para determinar si es elegible para recibir prestaciones por TD.
- Cuándo se tomará una decisión.

Si hay otros retrasos, el administrador de reclamos debe enviarle otras cartas que le indiquen que hay un retraso. (Aunque reciba cartas que le indiquen que hay retrasos, si el administrador de reclamos no le envía una carta en la que se niegue su reclamo dentro de un plazo de 90 días después de que presentó el formulario de reclamo o de que notificó sobre su lesión, en la mayoría de los casos significa que se aceptó su reclamo).

¿El administrador de reclamos debe pagar una multa por retrasos en los pagos por TD?

Depende del caso, el administrador de reclamos debe pagarle un 10 % adicional del pago si:

- El administrador de reclamos le envía un pago tarde.
- Usted presentó un formulario de reclamo por su lesión más de 14 días antes de la fecha en que debía recibir el pago.

Esto es válido incluso si el retraso está justificado. Sin embargo, no se cobrará una multa si el administrador de reclamos no puede determinar si se deben pagar prestaciones por TD, durante los 14 días siguientes a la fecha en la que el empleador se enterara de la lesión y envía una carta en la que le indica que hay un retraso como se explicó anteriormente.

Podría recibir hasta 25 % de cada pago atrasado (y hasta un máximo de \$10,000) si el retraso no está justificado.

¿Cuándo concluyen los pagos por TD?

Los pagos por TD concluyen cuando:

- El médico tratante determina que puede regresar a su trabajo habitual (sin importar si regresa o no al trabajo).
- Vuelve a su trabajo habitual o a uno alternativo o modificado con su salario normal (o con uno relacionado al límite máximo de pagos por TTD).
- Su estado de salud no ha mejorado ni empeorado (cuando esto sucede, su condición se denomina “permanente y estacionaria”).
- Se lesionó durante o después del 1 de enero de 2008 y recibió hasta 104 semanas de prestaciones por TD durante cinco años desde que sufrió la lesión, o se lesionó en algún momento entre el 19 de abril de 2004 y el 31 de diciembre de 2007 y recibió hasta 104 semanas de prestaciones por TD durante dos años desde que comenzaron los pagos. (Los trabajadores cuyas lesiones incluyen hepatitis B o C crónica y aguda, amputaciones, quemaduras graves, virus de inmunodeficiencia humana, lesiones oculares de alta velocidad, quemaduras químicas en los ojos, fibrosis pulmonar o enfermedad pulmonar crónica, pueden recibir hasta 240 semanas de prestaciones por TD dentro de un plazo de cinco años desde la fecha de la lesión).

Cuando concluyan los pagos por TD, el administrador de reclamos debe enviarle una carta en la que le explique por qué concluyen. Esta carta debe describir todos los pagos por TD que se le hicieron y debe enviarse dentro de un plazo de 14 días desde el último pago por TD.

Si el médico tratante determina que no se recuperará por completo, puede ser elegible para recibir prestaciones por incapacidad permanente o una prestación complementaria por la pérdida del trabajo. Vea los capítulos 7 y 8.

Ejemplos de pagos por incapacidad total temporal

OCUPACIÓN	FECHA DE LA LESIÓN	SALARIO BRUTO ANTES DE LA LESIÓN	PAGOS POR TTD	RAZÓN
Carpintero	2014	\$1,650 semanales	\$1,074.64 semanales	Máximo para los trabajadores lesionados en 2014
Trabajador de línea	2015	\$1,700 semanales	\$1,103.29 semanales	Máximo para los trabajadores lesionados en 2015
Secretaria	2015	\$1,200 semanales	\$800 semanales	Equivale a dos tercios del salario que se ganaba antes de la lesión
Panadero y conserje (1 persona con 2 trabajos)	2015	\$620 semanales (panadero) \$280 semanales (conserje) \$900 semanales en total	\$600 semanales (si la lesión es producto del trabajo de mayor paga)	Equivale a dos tercios de la suma de ambos salarios
Camionero	2016	\$1,300 semanales	\$866.67 semanales	Equivale a dos tercios del salario que se ganaba antes de la lesión
Contador	2016	\$1,800 semanales	\$1,128.43 semanales	Máximo para los trabajadores lesionados en 2016

Capítulo 6: Seguir trabajando para su empleador después de sufrir una lesión



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

Después de sufrir una lesión laboral, seguir trabajando o regresar al trabajo rápidamente y de manera segura puede ayudarlo a recuperarse. También puede ayudarlo a evitar pérdidas financieras por no trabajar. En este capítulo se describe cómo puede continuar trabajando para su empleador.

¿Puedo seguir trabajando o regresar al trabajo y qué tipo de trabajo puedo hacer?

Después de lesionarse en el trabajo, hablará con muchas personas para decidir de qué forma debe seguir en el trabajo o cuándo debe regresar a trabajar y determinar el trabajo que hará. Estas personas incluyen:

- El médico tratante de atención primaria.
- Su empleador (supervisores u otros miembros de la gerencia).
- El administrador de reclamos.
- Su abogado, si tiene uno.

En ocasiones, los médicos y los administradores de reclamos no comprenden por completo su trabajo ni otros trabajos que se le podrían asignar. Por lo tanto, es importante que todos se mantengan en contacto durante el proceso. Usted (y su abogado, si tiene uno) deben comunicarse **activamente** con el médico tratante de atención primaria, con su empleador y con el administrador de reclamos acerca de:

- El trabajo que hacía antes de lesionarse.
- Su condición médica y los tipos de trabajo que puede hacer ahora.
- Los tipos de trabajo que podría ofrecerle su empleador.

¿Qué sucede mientras me recupero?

Poco tiempo después de lesionarse, el médico tratante de atención primaria lo examinará y le enviará un informe al administrador de reclamos sobre su condición médica. Si el médico considera que usted puede trabajar, él debe describir:

- Límites claros y específicos, si existen, con respecto a las tareas laborales que puede hacer durante su recuperación. A estos límites se les llama “restricciones laborales”. Las restricciones laborales deben basarse en información completa y correcta que usted y su empleador proporcionen sobre las actividades y exigencias de su trabajo. El propósito de estas restricciones es protegerlo de sufrir otras lesiones.

Ejemplo: No levantar más de 50 libras. No levantar más de 30 libras más de 10 veces por hora. No levantar más de 30 libras durante más de 15 minutos por hora.

- Cualquier cambio necesario en su horario, en las tareas asignadas, en los equipos o en otras condiciones laborales durante su recuperación.

Ejemplo: proveer auriculares para evitar poner la cabeza y el cuello en posiciones incómodas.

Si el médico señala que no puede trabajar de ningún modo durante su recuperación, no se le puede exigir que trabaje.

Para revisar los pasos a seguir si no está de acuerdo con un informe médico, vea el capítulo 4, específicamente las páginas 15, 16, 17 y 20.

Si puede trabajar *con restricciones*

Si el médico tratante de atención primaria indica que puede seguir trabajando o regresar al trabajo con restricciones laborales, cualquier trabajo que le asigne su empleador debe cumplir con estas restricciones. Su empleador puede, por ejemplo, cambiar ciertas tareas, reducir el tiempo que dedica a ellas o proporcionar equipos para facilitarlas. Igualmente, su empleador puede decir que estas tareas no están disponibles y, si esto ocurre, no se le puede exigir que trabaje.

Si puede trabajar *sin restricciones*

Si el médico tratante de atención primaria indica que puede seguir trabajando o regresar al trabajo sin restricciones laborales, su empleador generalmente debe ofrecerle el mismo trabajo y salario que tenía antes de lesionarse. El empleador puede exigirle aceptar el trabajo. Esto puede ocurrir poco tiempo después de lesionarse o mucho más tarde cuando su condición haya mejorado.

Mi empleador me asignó tareas que parecen violar mis restricciones laborales. ¿Qué puedo hacer?

Debe enseñarle las restricciones laborales del médico a su empleador y hablar acerca de cómo se pueden cumplir. No debe aceptar tareas contrarias a las restricciones. Si se niega a hacer estas tareas, debe explicarle claramente a su empleador la forma en que estas violan las restricciones y, de ser posible, debe hacerlo por escrito.

Si su empleador toma alguna acción en su contra o amenaza con hacerlo por no aceptar una tarea que le asignó, esto podría violar el artículo 132a del Código Laboral de California que prohíbe la discriminación contra los trabajadores lesionados.

Si su empleador no puede asignarle tareas que cumplan con las restricciones laborales, el administrador de reclamos debe pagarle prestaciones por incapacidad total temporal (vea el capítulo 5).

Si tiene preguntas o necesita ayuda, use los recursos que están en el capítulo 10. No se demore, pues existen **fechas límites** para llevar a cabo las acciones para proteger sus derechos.

¿Qué sucede si no me recupero por completo?

Su médico tratante de atención primaria puede determinar que usted nunca podrá regresar al trabajo ni a las condiciones laborales que tenía antes de sufrir la lesión. El médico debe notificar esto por escrito. Ese informe debe señalar las restricciones laborales permanentes necesarias para protegerlo de sufrir otras lesiones.

Para ayudar a su médico tratante de atención primaria, usted y su empleador o el administrador de reclamos pueden llenar juntos la “Descripción de las tareas laborales del empleado” del formulario DWC AD 10133.33. Después de esto, el médico podrá revisar lo que usted escribió en el formulario y tomar la decisión apropiada.

Para revisar los pasos a seguir si no está de acuerdo con un informe médico, vea el capítulo 4, específicamente las páginas 15, 16, 17 y 20.

Prestaciones por TD

Si pierde salarios mientras se recupera, puede ser elegible para recibir pagos por incapacidad temporal (TD). Para obtener más información sobre estos pagos, vea el capítulo 5.

Prestaciones por PD

Si el médico tratante de atención primaria indica que usted nunca se recuperará por completo, puede ser elegible para recibir pagos por incapacidad permanente (Permanent Disability, PD). Para obtener más información sobre esos pagos, vea el capítulo 7.

¿Puedo volver a trabajar para mi empleador aunque no me recupere por completo?

Depende de si su empleador puede ofrecerle un trabajo apropiado. De lo contrario, usted puede ser elegible para recibir otras prestaciones si se lesionó durante o después del año 2004.

SI SE LESIONÓ DURANTE O DESPUÉS DEL AÑO 2013

Si su empleador le ofrece trabajo

Si se lesionó durante o después del año 2013 y su empleador le puede ofrecer trabajo, el administrador de reclamos debe enviarle un “Aviso de oferta de trabajo regular, modificado o alternativo” del formulario DWC-AD 10133.35. El administrador de reclamos debe enviárselo dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que se enteró de que presenta una incapacidad parcial permanente que se ha vuelto permanente y estacionaria (Permanent and Stationary, P&S) (vea el capítulo 7). El médico tratante de atención primaria u otro médico que tome esta decisión debe llenar un informe de su condición P&S y su capacidad de trabajo del formulario DWC-AD 10133.36 y enviárselo al administrador de reclamos.

La oferta debe ser un trabajo que usted puede realizar. Asimismo, el trabajo debe:

- Cumplir con las restricciones laborales del informe médico.
- Durar al menos 12 meses.
- Ubicarse a una distancia razonable del lugar donde vivía al momento de sufrir la lesión.

La oferta podría incluir una de las siguientes situaciones:

- **Trabajo regular:** su trabajo regular o el cargo que ocupaba cuando se lesionó. Se le debe pagar el mismo salario y las prestaciones que le pagaban cuando se lesionó.
- **Trabajo modificado:** su trabajo anterior con cambios que cumplan con las restricciones laborales que indica el médico. Se le debe pagar al menos 85 % del salario y de las prestaciones que le pagaban cuando se lesionó.

Ejemplos: cambiar ciertas tareas, reducir las horas que se dedican a ellas, cambiar la estación de trabajo, proporcionar equipos para facilitarlas o cambiar el lugar de trabajo.

- **Trabajo alternativo:** un trabajo diferente al anterior que cumpla con las restricciones laborales que indica el médico. Se le debe pagar al menos 85 % del salario y de las prestaciones que le pagaban cuando se lesionó.

Si su empleador le ofrece un trabajo que cumple con todos los requisitos descritos anteriormente:

- Solo tiene 30 días para aceptar la oferta. Si no responde durante estos 30 días, su empleador puede retirar la oferta.
- El administrador de reclamos no está obligado a ofrecerle una prestación complementaria por la pérdida del trabajo, lo que es válido *sin importar* si acepta o no la oferta.

Si su empleador no le ofrece trabajo

Si se lesionó durante o después del año 2013, su empleador no le ofrece trabajo modificado o alternativo y su lesión le produce una incapacidad parcial permanente, el administrador de reclamos debe enviarle una prestación complementaria por la pérdida del trabajo (un “vale”). En el capítulo 7, se trata la incapacidad permanente. Las prestaciones complementarias por la pérdida del trabajo se describen en el capítulo 8.

SI SE LESIONÓ ENTRE EL AÑO 2004 Y EL AÑO 2012

Si su empleador le ofrece trabajo

Si se lesionó entre el año 2004 y el año 2012 y su empleador le puede ofrecer trabajo, el administrador de reclamos debe enviarle un “Aviso de oferta de trabajo regular, modificado o alternativo” del formulario DWC AD 10133.53. El administrador de reclamos debe enviárselo dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que se hizo su último pago por TD.

La oferta debe ser por un trabajo que usted puede realizar. Asimismo, el trabajo debe:

- Pagar al menos el 85 % del salario y de las prestaciones que le pagaban cuando se lesionó.
- Cumplir con las restricciones laborales del informe médico.
- Durar al menos 12 meses.
- Ubicarse a una distancia razonable del lugar donde vivía al momento de sufrir la lesión.

La oferta podría incluir una de las siguientes situaciones:

- **Trabajo modificado:** su trabajo anterior con cambios que cumplen con las restricciones laborales que indica el médico.

Ejemplos: cambiar ciertas tareas, reducir las horas que se dedican a ellas, cambiar la estación de trabajo, proporcionar equipos para facilitarlas o cambiar el lugar de trabajo.

- **Trabajo alternativo:** un trabajo diferente al anterior que cumple con las restricciones laborales que indica el médico.

Si su empleador le ofrece un trabajo que cumple con todos los requisitos descritos anteriormente:

- Solo tiene 30 días para aceptar la oferta. Si no responde durante estos 30 días, su empleador puede retirar la oferta.
- El administrador de reclamos no está obligado a ofrecerle una prestación complementaria por la pérdida del trabajo, lo que es válido sin importar si acepta o no la oferta.

Si su empleador no le ofrece trabajo

Si se lesionó entre el año 2004 y el año 2012, su empleador no le ofrece trabajo modificado o alternativo, no regresa a trabajar dentro de un plazo de 60 días después de que se realice el último pago por TD y su lesión le produce una incapacidad parcial permanente, el administrador de reclamos debe enviarle una prestación complementaria por la pérdida del trabajo (un “vale”). En el capítulo 7, se trata la incapacidad permanente. Las prestaciones complementarias por la pérdida del trabajo se describen en el capítulo 8.

Mi empleador no me ofrece ni me asigna el tipo de trabajo que deseo. ¿Qué puedo hacer?

En algunos casos, el trabajo asignado u ofrecido puede parecer injusto o su empleador podría no ofrecerle trabajo. Un empleador no siempre tiene la obligación de ofrecerle el trabajo que usted quiere. Por ejemplo, puede ser que no exista el trabajo que desea y que cumpla con las restricciones laborales que indica el médico o que la decisión de su empleador pueda justificarse por realidades comerciales.

Por otra parte, si el empleador no le ofrece el trabajo que desea porque tiene una lesión laboral o porque solicitó prestaciones de compensación de los trabajadores, esto podría violar el artículo 132a del Código Laboral de California. Del mismo modo, si el empleador no le ofrece el trabajo que desea porque tiene una incapacidad permanente grave, incluso si pudiera hacer el trabajo con una adaptación razonable, esto podría violar la Ley Federal sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y la Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda (FEHA) de California. (Para obtener más información sobre la interacción entre las leyes de compensación de los trabajadores y las de derechos para personas discapacitadas, vea la guía *Helping Injured Employees Return to Work: Practical Guidance Under Workers' Compensation and Disability Rights Laws in California -Cómo ayudar a los empleados a regresar al trabajo: Guía práctica según las leyes de compensación de los trabajadores y sus derechos por incapacidad-* descrita en el capítulo 10).

Si tiene preguntas o necesita ayuda, use los recursos que están en el capítulo 10. No se demore, pues existen fechas límites para llevar a cabo las acciones para proteger sus derechos.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, use los recursos que están en el capítulo 10.

No se demore, pues existen fechas límites para llevar a cabo las acciones para proteger sus derechos.



Capítulo 7: Prestaciones por incapacidad permanente

¿Qué son las prestaciones por incapacidad permanente?

La mayoría de los trabajadores se recuperan de sus lesiones laborales, pero algunos continúan teniendo problemas. Si el médico tratante determina que no se recuperará por completo o que siempre tendrá una condición que limite el trabajo que puede hacer, podría tener una incapacidad permanente. Esto significa que puede ser elegible para recibir prestaciones por incapacidad permanente (permanent disability, PD).

No es necesario que haya perdido su trabajo para ser elegible para recibir las prestaciones por PD. Por otro lado, si pierde ingresos por una incapacidad permanente, puede ser que las prestaciones por PD no cubran todos los ingresos que ha perdido.

¿Qué es un informe de condición P&S?

Si su condición médica ni mejora ni empeora, se le llama “permanente y estacionaria” (permanent and stationary, P&S). A esta condición se le conoce como el momento en que alcanza su mejora médica máxima (Maximal Medical Improvement, MMI). Cuando esto ocurre, el médico tratante de atención primaria redacta un informe de condición P&S.

El informe de condición P&S debe incluir:

- Problemas médicos específicos, como la capacidad de mover partes lesionadas del cuerpo y la intensidad del dolor.
- Los límites con respecto al trabajo que puede hacer. A estos límites se les llama “restricciones laborales”.
- La atención médica que podría necesitar para su lesión en el futuro.
- Si puede o no regresar a su trabajo anterior.
- Un cálculo del porcentaje de la incapacidad que es producto de su trabajo en comparación con el porcentaje que es producto de otros factores. (**Nota:** debe responder las preguntas del médico tratante sobre otros problemas médicos que podrían causar su incapacidad).

El médico tratante de atención primaria envía el informe de condición P&S al administrador de reclamos.

¡Importante! El informe de condición P&S afectará sus prestaciones futuras. Tiene derecho a recibir una copia de ese informe. Solicite por escrito que el administrador de reclamos o su médico le proporcione copias de todos los informes médicos.

El médico de atención primaria debe usar lenguaje especial para describir su incapacidad y este lenguaje afecta sus prestaciones. Si tiene preguntas, plantéelas a su médico. Lea cuidadosamente el informe de condición P&S, asegúrese de que esté completo y compruebe si está de acuerdo con las conclusiones del médico. Cualquier información incorrecta o faltante podría ocasionar la pérdida de algunas prestaciones.



Otras prestaciones además de las prestaciones por PD

Si tiene una incapacidad permanente, también podría ser elegible para recibir:

- Atención médica para su lesión, se describe más adelante en este capítulo.
- Una prestación complementaria por la pérdida del trabajo. Para obtener más información sobre estas prestaciones, vea el capítulo 8.
- Otras ayudas financieras, como prestaciones por incapacidad del Seguro Social y las prestaciones que ofrecen algunos empleadores y sindicatos. Para obtener información sobre estas prestaciones, vea el capítulo 10.

¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con el informe de condición P&S?

En ocasiones, los médicos opinan de manera diferente sobre la incapacidad de un trabajador. Tiene derecho a apelar el informe de condición P&S. Para revisar los pasos a seguir si no está de acuerdo con un informe médico, vea el capítulo 4, específicamente las páginas 15, 16, 17 y 20.

¿Qué es una clasificación?

Una “clasificación” es un porcentaje que calcula hasta qué punto la incapacidad limita los tipos de trabajo que puede hacer o su capacidad de ganarse la vida. Este porcentaje determina el monto de sus prestaciones por PD.

Las clasificaciones se basan en varios factores:

1. Su condición médica, según se describe en el informe de condición P&S o en un informe médico-legal (los informes médico-legales se describen en el capítulo 4, página 17).
2. La fecha de su lesión.
3. Su edad cuando se lesionó.
4. Su ocupación (basada en su trabajo cuando se lesionó).
5. El porcentaje de la incapacidad que es producto de su trabajo en comparación con el porcentaje que es producto de otros factores. A esto se le llama “prorrato”.
6. Una multiplicación por un factor de ajuste:
 - Si se lesionó durante o después del año 2013, el factor de ajuste es 1.4.
 - Si se lesionó antes del año 2013 y su incapacidad permanente se clasifica con la tasa de clasificación del año 2005 (vea el recuadro “Tasas de clasificación”), el factor de ajuste se basa en su “capacidad de ganancias futuras” reducida.

Una clasificación del 100 % significa que tiene una incapacidad total permanente. Las clasificaciones del 100 % son poco comunes. Una clasificación entre el 1 y el 99 % significa que tiene una incapacidad parcial permanente. La mayoría de los trabajadores lesionados no tienen una incapacidad permanente y aquellos que sí tienen este tipo de incapacidad suelen tener clasificaciones entre 5 y 30 % (si sufrieron una lesión antes del año 2005).

Tasas de clasificación

Las “tasas de clasificación de incapacidades permanentes” se usan para clasificar incapacidades de acuerdo a los factores mencionados anteriormente. Hay tres tasas:

1. **Tasa de clasificación del año 2005.** Si se lesionó durante o después del año 2005, la tasa de clasificación del 2005 es la que se aplica a su caso.
2. **Tasa de clasificación del año 2005 o del año 1997.** Si se lesionó entre abril de 1997 y diciembre de 2004 y, antes de 2005, no se redactó un informe médico-legal completo ni un informe del médico tratante que indicara que tenía una incapacidad permanente o si su empleador no estaba obligado a enviarle un aviso sobre las prestaciones por PD, entonces la tasa de clasificación de 2005 es la que se aplica a su caso. De otra manera, la tasa de clasificación de 1997 se aplica a su caso.
3. **Tasa de clasificación del año 1988.** Si se lesionó antes de abril de 1997, en la mayoría de los casos, la tasa de clasificación de 1988 es la que se aplica a su caso.

Para ver las tasas de clasificación, comuníquese con un funcionario de Información y Asistencia (vea las páginas 48 y 49) o diríjase al sitio web de la División de Compensación de los Trabajadores: www.dir.ca.gov/dwc/dwcrep.htm.

Ejemplos de clasificaciones de incapacidad permanente

Estos ejemplos no se ajustan por edad, ocupación u otros factores que ocasionan incapacidad (prorrrateo).

INCAPACIDAD	LESIÓN ENTRE 2005 Y 2012	LESIÓN A PARTIR DE 2013
Pérdida total de la vista en un ojo y una visión normal (20/20) en el otro ojo	22 % (ajustado por “capacidad de ganancias futuras” reducida)	28 % (ajustado por un factor de 1.4)
Amputación del dedo índice en la articulación media	9 % (ajustado por “capacidad de ganancias futuras” reducida)	11 % (ajustado por un factor de 1.4)

¿Cómo se clasifica mi incapacidad?

El informe de condición P&S es el primer paso importante en el proceso de clasificación:

- Si la tasa de clasificación de 2005 es la que se aplica a su caso (vea el recuadro “Tasas de clasificación” en la página 32), cuando el médico tratante redacte el informe de condición P&S, él debe clasificar su “impedimento” o el porcentaje que ha perdido del uso normal de las partes lesionadas del cuerpo. El médico debe clasificar su impedimento de acuerdo a las pautas publicadas por la Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association, AMA).
- Si una de las primeras tasas de clasificación se aplica a su caso, no es necesario que el médico tratante clasifique su impedimento en el informe de condición P&S. En su lugar, el médico debe describir su incapacidad de acuerdo con los factores que se describen en la tasa de clasificación que se aplica a su caso.

Para revisar los pasos a seguir si no está de acuerdo con un informe médico, vea el capítulo 4, específicamente las páginas 15, 16, 17 y 20.

Después, usted, su abogado o el administrador de reclamos puede solicitarle a un clasificador de incapacidades que clasifique su incapacidad con base en el informe de condición P&S. (Si lo examina un QME y no tiene un abogado, un clasificador de incapacidades clasificará automáticamente su incapacidad). Asimismo, el administrador de reclamos y su abogado pueden intentar estimar la clasificación que un juez de compensación de los trabajadores consideraría apropiada.

¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con la clasificación del administrador de reclamos?

Tiene derecho a apelar la clasificación. En ocasiones, las diferentes personas que analizan el mismo informe médico clasifican la incapacidad de un trabajador de manera distinta.

Usted o su abogado (si tiene uno) puede negociar la clasificación apropiada para su incapacidad con el administrador de reclamos. Puede solicitar una clasificación de un clasificador de incapacidades y usarla en sus negociaciones. Si usted y el administrador de reclamos no están de acuerdo sobre la clasificación de su incapacidad, puede solicitar que un juez de compensación de los trabajadores determine la clasificación apropiada.

¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con la clasificación del clasificador de incapacidades?

Si no tiene un abogado, puede solicitar al director administrativo de la División de Compensación de los Trabajadores (DWC) que determine si existieron errores en la evaluación médica o en la clasificación. A esto se le llama una reconsideración de su clasificación. También puede presentar su caso ante un juez de compensación de los trabajadores.

Para obtener ayuda para solicitar una reconsideración o para presentar su caso ante un juez de compensación de los trabajadores, comuníquese con un funcionario de Información y Asistencia (vea las páginas 48 y 49). Pregúntele sobre los posibles retrasos en el proceso de reconsideración.

Si tiene un abogado, él puede presentar su caso ante un juez de compensación de los trabajadores.

¿Cómo se determinan los pagos por PD?

La ley establece los montos de las prestaciones por PD. El administrador de reclamos determinará cuánto pagarle con base en varios factores:

1. La(s) clasificación(es) de su incapacidad.
2. La fecha de su lesión.
3. Su salario antes de lesionarse.
4. Si su empleador le ofrece o no un trabajo que cumpla con los requisitos descritos en la página 36. Vea “¿Qué repercusión tiene sobre mis pagos por PD que el empleador me ofrezca o no me ofrezca trabajo?”

Ejemplos de prestaciones por incapacidad permanente

Estos ejemplos se basan en clasificaciones descritas en la página 33 que no se ajustaron por edad, ocupación u otros factores que ocasionan incapacidad (prorratio). Estas clasificaciones se aplican a trabajadores que ganan más de \$435 semanales antes de lesionarse y cuyo empleador tiene menos de 50 empleados.

INCAPACIDAD	LESIÓN ENTRE 2005 Y 2012	LESIÓN A PARTIR DE 2013	LESIÓN EN 2014
Pérdida total de la vista en un ojo y una visión normal (20/20) en el otro ojo	\$19,665.00 (total)	\$27,312.50 (total)	\$34,437.50
Amputación del dedo índice en la articulación media	\$6,210.00 (total)	\$7,877.50 (total)	\$9,932.50 (total)

Avisos sobre los pagos por PD

El administrador de reclamos debe mantenerlo informado enviándole cartas que le expliquen:

- Cómo se determinaron los pagos por PD.
- Cuándo recibirá los pagos por PD.
- Las razones por las que se retrasaron o no se pagaron las prestaciones por PD.
- Las razones por las que se modifican los montos de las prestaciones por PD.
- Las razones por las que concluyen las prestaciones por PD (con una lista de todas las prestaciones por PD que se pagaron).

¿Cuándo recibo los pagos por PD?

Si tiene una incapacidad parcial permanente, es elegible para recibir el monto total de sus prestaciones por PD distribuido en un número fijo de semanas. Si tiene una incapacidad total permanente, es elegible para recibir pagos por PD por el resto de su vida.

Los pagos por PD se distribuirán como se indica a continuación, con las siguientes excepciones: si su empleador le ofrece un trabajo que pague al menos 85 % del salario y de las prestaciones que se le pagaban cuando se lesionó o si trabaja en un empleo donde le pagan al menos 100 % del salario y de las prestaciones que se le pagaban cuando se lesionó, no recibirá pagos por PD hasta que un juez de compensación de los trabajadores apruebe un acuerdo para su caso o decida las prestaciones por PD que recibirá. Si ninguna de estas situaciones describe su situación:

- Si recibía prestaciones por incapacidad temporal (TD), recibirá el primer pago por PD dentro de un plazo de 14 días desde que se realizó el último pago por TD.
- Si no recibía prestaciones por TD, recibirá el primer pago por PD dentro de un plazo de 14 días desde que el administrador de reclamos se entere de que tiene una incapacidad permanente que es producto de su lesión. Después del primer pago, las prestaciones por PD deben pagarse cada 14 días.

Los pagos por PD concluyen cuando alcance el monto máximo que permite la ley o cuando se llegue a un acuerdo con su caso y usted reciba un pago único. **Nota:** de este pago único se restan las prestaciones por PD que ya recibió, lo que incluye cualquier adelanto del pago único.

¿Qué repercusión tiene sobre mis pagos por PD que el empleador me ofrezca o no me ofrezca trabajo?

Nota: esta pregunta solo afecta a los trabajadores que sufrieron una lesión entre los años 2005 y 2012 y cuyos empleadores tienen al menos 50 empleados. Si se lesionó durante o después del año 2013, o si su empleador tiene menos de 50 empleados, las ofertas de trabajo de su empleador no afectarán sus pagos por PD.

Si su empleador le ofrece un trabajo regular, modificado o alternativo que cumple con los requisitos que se describen a continuación, sus pagos por PD disminuirán 15 % desde la fecha en que reciba la oferta. Si su empleador no le hace esta oferta, sus pagos por PD incrementarán 15 % después de que hayan transcurrido 60 días desde que su condición se vuelva permanente y estacionaria.

- Para ofrecerle trabajo regular, su empleador o el administrador de reclamos debe enviarle un “Aviso de oferta de trabajo regular” (mediante el formulario DWC-AD 10118) dentro de un plazo de 60 días desde que su condición se vuelva permanente y estacionaria. El trabajo debe:
 - Pagar el mismo salario y las mismas prestaciones que el trabajo anterior.
 - Cumplir con las restricciones laborales del informe médico.
 - Durar al menos 12 meses.
 - Ubicarse a una distancia razonable del lugar donde vivía al momento de sufrir la lesión.
- Para ofrecerle trabajo regular o modificado, su empleador o el administrador de reclamos debe enviarle un “Aviso de oferta de trabajo modificado o alternativo” (mediante el formulario DWC-AD 10133.53) dentro de un plazo de 60 días desde que su condición se vuelva permanente y estacionaria. El trabajo debe:
 - Pagar al menos 85 % del salario y de las prestaciones que recibía cuando se lesionó.
 - Cumplir con las restricciones laborales del informe médico.
 - Durar al menos 12 meses.
 - Ubicarse a una distancia razonable del lugar donde vivía al momento de sufrir la lesión.

¿El administrador de reclamos debe pagar una multa por retrasos en los pagos por PD?

Sí, en caso de que el administrador de reclamos le envíe un pago atrasado, debe pagarle 10 % adicional.

Esto es válido incluso si existe una justificación razonable para el retraso y si el administrador de reclamos le envía una carta en la que le explique los motivos del retraso. (Sin embargo, debe tener en cuenta que el administrador de reclamos tiene la obligación de pagar esta multa si usted no presentó un formulario de reclamo por la lesión que sufrió).

Podría recibir hasta 25 % de cada pago atrasado (y hasta un máximo de \$10,000) si el retraso no está justificado.

¿Se puede llegar a un acuerdo con respecto a mi caso?

Sí, después de clasificar su incapacidad, el administrador de reclamos puede ofrecerle llegar a un acuerdo con respecto a su caso. Un acuerdo es un contrato entre usted y el administrador de reclamos. Hay dos formas diferentes de llegar a un acuerdo:

1. Estipulaciones con pedido de adjudicación

- **Pagos:** usted y el administrador de reclamos llegan a un acuerdo sobre cuándo y por cuánto tiempo continuará recibiendo los pagos por PD. También llegan a un acuerdo acerca del monto de cada pago.
- **Atención médica:** el administrador de reclamos generalmente accede a continuar pagando la atención médica para la lesión, siempre que esta sea necesaria. **Nota:** las pautas de tratamiento médico para las lesiones laborales se describen en el capítulo 3 (vea el apartado “¿Qué tipo de atención médica está disponible para los trabajadores lesionados?”). Estas pautas se pueden implementar incluso si se llegó a un acuerdo con respecto a su caso antes de que se añadieran las pautas a la Ley de Compensación de los Trabajadores en el año 2003.
- **Posibles cambios en sus prestaciones:** si su condición empeora, tiene derecho a solicitar prestaciones adicionales de compensación de los trabajadores. Asimismo, si su condición mejora, el administrador de reclamos tiene derecho a solicitar reducir las prestaciones. Comúnmente, una solicitud para aumentar o reducir las prestaciones debe hacerse durante los cinco años siguientes a la fecha de la lesión.

2. Acuerdo y cesión (Compromise and Release, C&R)

- **Pago único:** el administrador de reclamos accede a pagarle un pago único. Esto cubre los pagos por PD que aún no ha recibido.
- **Atención médica:** si el pago único (que se menciona anteriormente) cubre los gastos estimados de la atención médica que recibirá, el administrador de reclamos dejará de pagar su médico y usted se hará responsable de ese pago.
- **Ningún cambio en sus prestaciones:** no puede solicitar prestaciones adicionales de compensación de los trabajadores si su condición empeora. Del mismo modo, el administrador de reclamos tampoco tiene derecho a solicitar que se reduzcan sus prestaciones si su condición mejora.

Si usted y el administrador de reclamos llegan a un acuerdo, un juez de compensación de los trabajadores debe examinarlo para determinar su validez.

¿Qué sucede si no acepto la oferta de acuerdo del administrador de reclamos?

No tiene que aceptar la oferta del administrador de reclamos. Puede negociar un acuerdo. Si no puede llegar a un acuerdo con el administrador de reclamos, puede presentar su caso ante un juez de compensación de los trabajadores, quien decidirá cuales prestaciones recibirá. A esta decisión se le llama “fallo y adjudicación” (Findings and Award) y se le enviarán por escrito.

Negociar un acuerdo o presentar un caso ante un juez de compensación de los trabajadores puede ser difícil. Para conseguir ayuda, use los recursos que están en el capítulo 10.



Negociar un acuerdo o presentar un caso ante un juez de compensación de trabajadores puede ser difícil. Para conseguir ayuda, use los recursos que están en el capítulo 10.

Capítulo 8: Prestaciones complementarias por la pérdida del trabajo



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

Si se lesionó durante o después del año 2004 y tiene una incapacidad parcial permanente, puede ser elegible para recibir una prestación complementaria por la pérdida del trabajo (Supplemental Job Displacement Benefit, SJDB).

El tipo de SJDB que recibe y los procedimientos para obtener esta prestación dependen de la fecha de su lesión y de si su empleador le ofrece un trabajo apropiado (como se describe en el capítulo 6). La primera sección de este capítulo describe la prestación que está disponible para los trabajadores que sufrieron una lesión durante o después del año 2013. La segunda sección de este capítulo describe la prestación que está disponible para los trabajadores que sufrieron una lesión entre los años 2004 y 2012.

SI SE LESIONÓ DURANTE O DESPUÉS DEL AÑO 2013

¿Qué es una prestación complementaria por la pérdida del trabajo?

La prestación complementaria por la pérdida del trabajo es un vale que le ayudará a pagar para recibir una reorientación profesional o para mejorar su capacitación, o ambos, en instituciones elegibles. Puede usar el vale para pagar la matrícula, los honorarios, los libros, las herramientas u otros gastos requeridos por la institución para proporcionarle la reorientación profesional o para mejorar su capacitación, o para pagar los gastos de licencias o de certificación profesional, los gastos de exámenes relacionados y los gastos de cursos de preparación para estos.

Puede usar hasta \$600 del vale para pagar los servicios de una agencia de colocación laboral, un consejero vocacional y de regreso al trabajo (una persona que ayuda a los trabajadores lesionados a desarrollar metas y planes para regresar al trabajo) y para la elaboración de un currículum.

Puede usar hasta \$1,000 para comprar equipos de computación.

Puede usar hasta \$500 del vale, al solicitarlos previamente, para gastos varios sin recibos u otros documentos.

¿Cuál es el monto en dólares de esta prestación?

El vale se puede redimir por hasta \$6,000, sin importar la clasificación de la incapacidad permanente que tenga. Sin embargo, no puede redimir el vale como parte del acuerdo de su caso.

¿Cómo puedo obtener esta prestación?

El administrador de reclamos debe ofrecerle una prestación complementaria por la pérdida del trabajo si se presentan las siguientes condiciones:

- Su lesión le produce una incapacidad parcial permanente.
- Su empleador no le ofrece un trabajo regular, modificado o alternativo durante los 60 días posteriores a la fecha en que el administrador de reclamos recibió el “Informe médico sobre el regreso al trabajo y el vale” (Physician’s Return-to-Work & Voucher Report) que se describe en el capítulo 6.

El administrador de reclamos envía el vale en un “Formulario de vale intransferible por prestaciones complementarias por la pérdida del trabajo” (Supplemental Job Displacement Non-Transferable Voucher Form DWC-AD 10133.32).

¿Cuándo recibo el vale?

El administrador de reclamos debe ofrecerle el vale dentro de un plazo de 20 días después del periodo en que el empleador puede ofrecerle un trabajo regular, modificado o alternativo (vea la sección anterior).

¿A cuáles instituciones puedo asistir?

El vale le ayuda a pagar para asistir a una escuela pública en California o a recibir capacitación de un proveedor del listado estatal de Proveedores de Capacitación Habilitados (Eligible Training Provider List, ETPL). Este listado está publicado en el sitio web del Departamento del Desarrollo del Empleo:

www.edd.ca.gov/jobs_and_training/Eligible_Training_Provider_List.htm.

¿A cuál consejero vocacional o de regreso al trabajo puedo recurrir?

La División de Compensación de los Trabajadores cuenta con una lista de consejeros calificados en asuntos vocacionales y de regreso al trabajo. Para ver esta lista, comuníquese con un funcionario de Información y Asistencia (vea las páginas 48 y 49). También puede dirigirse al sitio web de la DWC: www.dwc.ca.gov.

¿Cómo puedo usar el vale para pagar los gastos?

Si presenta el vale a la institución y al consejero de su elección, ellos pueden comunicarse con el administrador de reclamos y coordinar el pago directamente. Si paga los gastos directamente y le envía los recibos al administrador de reclamos, él le reembolsará el dinero. El administrador de reclamos debe reembolsarle el dinero dentro de un plazo de 45 días desde que se reciban los recibos con su vale firmado.

¿El vale tiene fecha de vencimiento?

Sí, el vale se vence dos años después de la fecha en que se le entregue o cinco años después de la fecha de su lesión, lo que ocurra más tarde. Todos los gastos deben realizarse y presentarse con los recibos y otros documentos necesarios antes de la fecha de vencimiento.

¿Qué puedo hacer si tengo un problema con mi prestación complementaria por la pérdida del trabajo?

Puede comunicarse con su empleador, con el administrador de reclamos, con un funcionario de Información y Asistencia, con un abogado o con su sindicato (si tiene uno). Estos recursos se describen en el capítulo 10. No se demore, pues existen fechas límites para llevar a cabo las acciones para proteger sus derechos.

SI SE LESIONÓ ENTRE LOS AÑOS 2004 Y 2012

¿Qué es una prestación complementaria por la pérdida del trabajo?

La prestación complementaria por la pérdida del trabajo es un vale que le ayudará a pagar para recibir una reorientación profesional o para mejorar su capacitación, o ambos, en instituciones aprobadas y acreditadas por el estado. Puede usar el vale para pagar la matrícula, los honorarios, los libros u otros gastos requeridos por la institución para proporcionarle la reorientación profesional o para mejorar su capacitación. Se puede usar hasta de 10 % del dinero del vale para pagar los servicios de un consejero vocacional o de regreso al trabajo; es decir, una persona que ayuda a los trabajadores lesionados a desarrollar metas y planes para regresar al trabajo.

¿Cuál es el monto en dólares de esta prestación?

El monto depende de la clasificación que el juez de compensación de los trabajadores considere apropiada para su incapacidad permanente. El juez determina esta clasificación al analizar el acuerdo al que se llegó con respecto a su caso o al emitir un fallo y adjudicación para su caso. Para obtener más información sobre las clasificaciones de una incapacidad permanente, vea el capítulo 7.

Los montos en dólares de los vales son los siguientes:

- Hasta \$4,000 para las clasificaciones de la incapacidad permanente inferiores a 15 %.
- Hasta \$6,000 para las clasificaciones de la incapacidad permanente que se encuentren entre 15 % y 25 %.
- Hasta \$8,000 para las clasificaciones de la incapacidad permanente que se encuentren entre 26 % y 49 %.
- Hasta \$10,000 para las clasificaciones de la incapacidad permanente que se encuentren entre 50 % y 99 %.

¿Cómo puedo obtener esta prestación?

El administrador de reclamos debe enviarle una prestación complementaria por la pérdida del trabajo si se presentan las siguientes condiciones:

- Su empleador no le ofrece trabajo modificado o alternativo dentro de los 30 días posteriores al último pago por incapacidad temporal (TD).
- No regresa a trabajar para su empleador dentro de los 60 días posteriores al pago.
- Su lesión le produce una incapacidad parcial permanente.

El administrador de reclamos envía el vale en un “Formulario de vale intransferible para capacitación a través de las prestaciones complementarias por la pérdida del trabajo” (Supplemental Job Displacement Non-Transferable Training Voucher Form DWC-AD 10133.57).

¿Cuándo recibo el vale?

El administrador de reclamos debe enviarle el vale dentro de un plazo de 25 días desde que el juez de compensación de los trabajadores emita y adjudique el vale por incapacidad parcial permanente.

¿A cuáles instituciones puedo asistir?

El vale le ayuda a pagar para asistir a una institución acreditada o aprobada por el estado. Puede ser una institución de educación terciaria de California, una universidad estatal de California o la Universidad de California.

Igualmente, puede ser una institución privada de California:

- Acreditada por una de las asociaciones regionales de colegios universitarios y escuelas autorizadas por el Departamento de Educación (Department of Education) de los EE. UU.
- Aprobada por la Oficina para la Educación Postsecundaria Privada de California (California Bureau for Private Postsecondary Education, BPPE).
- Certificada por la Administración Federal de Aviación (Federal Aviation Administration).

¿A cuál consejero vocacional o de regreso al trabajo puedo recurrir?

La División de Compensación de los Trabajadores cuenta con una lista de consejeros calificados en asuntos vocacionales y de regreso al trabajo. Para ver esta lista, comuníquese con un funcionario de Información y Asistencia (vea las páginas 48 y 49) o visite el sitio web de la DWC: www.dwc.ca.gov.

¿Cómo puedo usar el vale para pagar los gastos?

Si presenta el vale a la institución y al consejero de su elección, ellos pueden comunicarse con el administrador de reclamos y coordinar el pago directamente. Si paga los gastos directamente y envía los recibos al administrador de reclamos, él le reembolsará el dinero. El administrador de reclamos debe reembolsarle el dinero dentro de un plazo de 45 días desde que se reciban los recibos con su vale firmado.

¿El vale tiene fecha de vencimiento?

Sí, los vales que se emitieron a partir de 2013 se vencen dos años después de la fecha en que se le entreguen o cinco años después de la fecha de su lesión, lo que ocurra más tarde. Todos los gastos deben realizarse y presentarse con los recibos y otros documentos necesarios antes de la fecha de vencimiento.

Los vales que se emitieron antes del año 2013 no tienen fecha de vencimiento.

¿Qué puedo hacer si tengo un problema con mi prestación complementaria por la pérdida del trabajo?

Puede comunicarse con su empleador, con el administrador de reclamos, con un funcionario de Información y Asistencia, con un abogado o con su sindicato (si tiene uno). Estos recursos se describen en el capítulo 10. No se demore, pues existen fechas límites para llevar a cabo las acciones para proteger sus derechos.

La División de Compensación de los Trabajadores cuenta con una lista de consejeros calificados en asuntos vocacionales y de regreso al trabajo. Para ver esta lista, comuníquese con un funcionario de Información y Asistencia (vea las páginas 48 y 49) o visite el sitio web de la DWC: www.dwc.ca.gov.

Capítulo 9: Programa Adicional de Regreso al Trabajo



Para obtener más información sobre la SJDB, vea el capítulo 8.

El Programa Adicional de Regreso al Trabajo (Return-to-Work Supplemental Program, RTWSP), administrado por el Departamento de Relaciones Industriales, fue creado en abril de 2015 con el objetivo de hacer un pago único y adicional a trabajadores quienes han perdido ingresos de forma desproporcionada.

¿Quién es elegible para solicitar el Programa Adicional de Regreso al Trabajo?

Puede ser elegible para solicitar el Programa Adicional de Regreso al Trabajo si sufrió una lesión a partir del 1 de enero de 2013 y si recibió un vale de prestación complementaria por la pérdida del trabajo (SJDB) por dicha lesión.

¿Cuál es la fecha límite para solicitar el programa?

El RTWSP debe recibir la solicitud de prestación adicional dentro de un plazo de un año desde la fecha en que se entregó el vale de SJDB al solicitante o dentro de un plazo de un año desde el 13 de abril de 2015 (fecha en que entró en vigencia la reglamentación), lo que ocurra más tarde.

¿Cuál es el monto en dólares del Programa Adicional de Regreso al Trabajo?

Se emite un pago único y adicional de regreso al trabajo de \$5,000 a un trabajador lesionado que cumpla con los requisitos de elegibilidad.

¿Cómo solicito este programa?

La solicitud del RTWSP solo está disponible en el sitio web:
<https://www.dir.ca.gov/RTWSP/RTWSPApplication.html>.

Si no tiene acceso a una computadora, todas las oficinas distritales del DWC cuentan con un puesto cerca de la oficina de información y asistencia que posee una computadora, un escáner y una impresora que puede usar.

¿Qué información debo llenar en la solicitud (además del nombre, la dirección y el número de teléfono)?

- Su número del Seguro Social o su número de identificación personal del contribuyente.
- El vale de SJDB o el recibo de prueba de servicio de SJDB.
 - El vale de SJDB debe estar en formatos pdf o tiff para poder adjuntarlo a la solicitud en línea.
- El número de adjudicación (en ocasiones, se le llama “número ADJ” -ADJ number-).
 - El número ADJ se encuentra en la mayoría de los documentos que se presentan ante la DWC. También puede encontrar su número ADJ mediante la herramienta de búsqueda del sistema de manejo de adjudicación electrónico (Electronic Adjudication Management System, EAMS) en el sitio web: <https://eams.dwc.ca.gov/WebEnhancement/>. También puede comunicarse con la oficina de información y asistencia más cercana para obtener ayuda.
- El número de reclamo de compensación de los trabajadores.
 - Puede encontrar el número de reclamo en cualquier documento que le envíe el ajustador de reclamos o la compañía de seguros.
- En el sitio web www.dir.ca.gov/RTWSP/RTWSP.html puede conseguir instrucciones en inglés y en español para llenar la solicitud.

¿Qué sucede después de entregar la solicitud?

El RTWSP revisará las solicitudes llenas en un plazo de 60 días desde que se entreguen. Si se considera que es elegible para recibir la SJDB, se realizará el pago dentro de un plazo de 25 días desde que se determine su elegibilidad.

¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión que toma el RTWSP con respecto a mi elegibilidad?

Si no está de acuerdo con la decisión final que se toma con respecto a su elegibilidad, puede apelarla ante la Junta de Apelaciones de Compensación de los Trabajadores (Workers' Compensation Appeals Board, WCAB) dentro de un plazo de 20 días desde la fecha en que se tome dicha decisión si presenta una Petición de Reconsideración (Petition for Reconsideration) y entrega una copia de esta en la oficina del RTWSP ubicada en 1515 Clay St., 17th Floor, Oakland, CA 94612.

Para obtener más ayuda, puede comunicarse con el personal del RTWSP mediante la dirección de correo electrónico: rtwsp@dir.ca.gov, o llamar al 510-286-0787 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. hora del Pacífico (Pacific Standard Time PST).

Capítulo 10: Obtener más información y ayuda



Para obtener consejos sobre cómo hacer un seguimiento de su reclamo, vea la página 9.

El empleador

Su empleador debe publicar información y proveerle material por escrito que explique la compensación de los trabajadores. Si tiene preguntas, puede comunicarse con su supervisor, con otra persona de la gerencia o con el Departamento de Personal o el de Prestaciones de su empleador.

El administrador de reclamos

Esta persona se encarga de los reclamos de compensación de los trabajadores de parte del empleador. La mayoría de los administradores de reclamos trabajan para compañías de seguro u otras organizaciones que se encargan de los reclamos de parte de los empleadores. Algunos administradores de reclamos trabajan directamente para grandes empleadores que se encargan de sus propios reclamos. A esta persona también se le llama “examinador de reclamos” o “ajustador de reclamos”. El administrador de reclamos debe enviarle información por escrito sobre su reclamo y puede responder sus preguntas. Si no puede comunicarse con el administrador de reclamos, solicite hablar con su supervisor.

La División de Compensación de los Trabajadores

La DWC administra las leyes de compensación de los trabajadores y provee información y ayuda a los trabajadores lesionados. Vea las páginas del gobierno en la primera sección de las páginas blancas de la guía telefónica y busque: “State Government Offices/ Industrial Relations”. También puede dirigirse al sitio web de la DWC: www.dwc.ca.gov.

Información y Asistencia: los funcionarios de I&A responden las preguntas y ayudan a los trabajadores lesionados a resolver los problemas con sus reclamos. Sus servicios son gratuitos. Para obtener más información, vea las “Preguntas y respuestas sobre los Servicios de Información y Asistencia” en la página 48.

Unidad médica: esta unidad supervisa las redes de proveedores médicos (MPN), la revisión médica independiente (IMR) cuando un trabajador lesionado no está de acuerdo con los médicos de la MPN, las organizaciones de atención médica (HCO), los evaluadores médicos calificados (QME), los planes de revisión de utilización (UR) y la revisión médica independiente cuando un trabajador lesionado no está de acuerdo con una decisión que niega un tratamiento recomendado por un médico tratante. Para obtener información o para denunciar un problema, llame gratis al: 1-800-794-6900 o al 1-800-999-1041. También puede visitar el sitio web de la Unidad Médica: www.dir.ca.gov/dwc/MedicalUnit/imchp.html.

Junta de Apelaciones de Compensación de los Trabajadores: es el lugar donde los jueces de compensación de los trabajadores oyen casos y toman decisiones sobre problemas y disputas. Si un problema no se resuelve después de hablar con el administrador de reclamos, un funcionario de I&A puede ayudarlo a solicitar una audiencia ante un juez de compensación de los trabajadores, o un abogado también puede hacerlo y representarlo ante el juez. Si no está de acuerdo con una decisión de un juez de compensación de los trabajadores, puede solicitar que una Junta de Apelaciones compuesta por siete miembros reconsidere la decisión del juez.

La Comisión de Salud, Seguridad y Compensación del Trabajador (CHSWC)

La Comisión de Salud, Seguridad y Compensación del Trabajador (Commission on Health and Safety and Workers' Compensation, CHSWC) realiza estudios permanentes y hace recomendaciones para mejorar tanto el sistema de compensación de los trabajadores como las actividades estatales para prevenir las lesiones laborales. Los estudios, informes y ensayos se encuentran en el sitio web de la CHSWC:

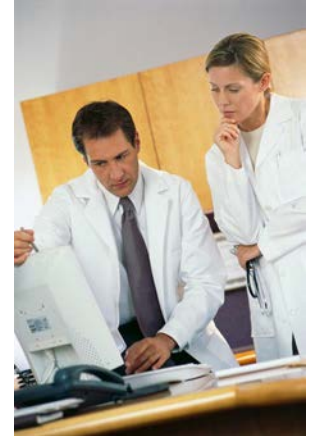
www.dir.ca.gov/chswc.

Los abogados de los solicitantes

Son los abogados que representan a trabajadores lesionados en sus casos de compensación de los trabajadores. Para obtener más información, vea las “Preguntas y respuestas sobre los abogados” en la página 50.

El médico tratante de atención primaria

Puede preguntarle al médico tratante acerca del tipo de atención médica que necesita, los trabajos disponibles mientras se recupera y si tendrá o no una incapacidad permanente. Asimismo, puede solicitarle al médico tratante de atención primaria y a cualquier especialista con que se ve que le proporcionen copias de todos los informes médicos que envíen al administrador de reclamos.



Las organizaciones laborales

Su sindicato puede ayudarlo a resolver problemas con su reclamo de compensación de los trabajadores, informarlo acerca de otras prestaciones, negociar los cambios necesarios en su trabajo, protegerlo contra la discriminación y ponerlo en contacto con abogados. También puede pedirle ayuda a un consejo laboral central o a un consejo industrial en su área.

Las clínicas de salud ocupacional

Los médicos de las clínicas de salud ocupacional se especializan en lesiones y enfermedades laborales. Para obtener más información acerca de las clínicas de salud ocupacional, llame a la Asociación de Clínicas Ocupacionales y Ambientales (Association of Occupational and Environmental Clinics, AOEC) al 1-888-347-2632 o consulte a su médico personal o su plan de atención médica. También puede dirigirse al sitio web de la AOEC: www.aoec.org.

Las organizaciones y agencias de salud y seguridad

Para conseguir ayuda sobre los riesgos de salud y seguridad en el trabajo:

La División de Seguridad y Salud Ocupacional de California (Cal/OSHA): vea las páginas del gobierno en la primera sección de las páginas blancas de la guía telefónica y busque lo siguiente: “State Government Offices/Industrial Relations/Occupational Safety & Health”. La Cal/OSHA recibe quejas de trabajadores, inspecciona los lugares de trabajo y hace cumplir las leyes de salud y seguridad. También puede consultar el sitio web de la Cal/OSHA: www.dir.ca.gov/dosh/.

El Programa de Salud Laboral (Labor Occupational Health Program, LOHP) de la Universidad de California en Berkeley (teléfono: 1-510-642-5507, página web: www.lohp.org) ofrece información, capacitación y ayuda sobre temas de salud y seguridad, lo que incluye la compensación de los trabajadores; al igual que proporciona servicios a trabajadores, sindicatos y otros grupos en California y en el resto del país.



El Programa de Salud y Seguridad Ocupacional (Labor Occupational Safety and Health Program, LOSH) de la Universidad de California en Los Ángeles (teléfono: 1-310-794-5964, página web: www.losh.ucla.edu): ofrece información, capacitación y ayuda sobre temas de salud y seguridad, lo que incluye la compensación de los trabajadores, al igual que proporciona servicios a trabajadores, sindicatos y otros grupos en California y en el resto del país.

Otras agencias estatales y federales de ayuda financiera

El Departamento del Desarrollo del Empleo de California (EDD) (teléfonos: 1-800-480-3287 y 1-800-333-4606): para encontrar una oficina local, consulte las páginas del gobierno en la primera sección de las páginas blancas de la guía telefónica y busque: “State Government Offices”. El EDD provee información sobre las prestaciones del Seguro Estatal por Incapacidad (SDI) y del seguro por desempleo (UI). También puede dirigirse al sitio web del EDD: www.edd.ca.gov.

La Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) de los EE. UU. (teléfono: 1-800-772-1213): para encontrar una oficina local, consulte las páginas del gobierno en la primera sección de las páginas blancas de la guía telefónica y busque: “United States Government Offices”. La SSA brinda información sobre las prestaciones por incapacidad del Seguro Social y de otras prestaciones. También puede dirigirse al sitio web de la SSA: www.ssa.gov.

Otras agencias estatales y federales que atienden reclamos por discriminación

La Ley de Compensación de los Trabajadores: si se le discrimina por presentar un reclamo de compensación de los trabajadores o por tener una lesión laboral, puede comunicarse con un funcionario de Información y Asistencia, con un abogado de solicitantes o con su sindicato (si tiene uno).

Las leyes de derechos para personas discapacitadas: si se le discrimina por su incapacidad permanente o por otra condición médica, puede ponerse en contacto con un abogado especializado en derecho laboral. Un colegio de abogados local, una sociedad de ayuda legal del condado, su sindicato (si tiene uno) u otros trabajadores lesionados pueden proporcionarle una lista de abogados. Igualmente, puede comunicarse con el State Bar of California para que le recomienden un abogado (línea gratuita en California: 1-866-442-2529, sitio web: www.calbar.ca.gov), o consultar las páginas amarillas de la guía telefónica y buscar: “Attorney Referral Service”. También puede solicitar ayuda en estas agencias:

- **Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo de los EE. UU. (Equal Employment Opportunity Commission, EEOC)** (teléfono: 1-800-669-4000): para encontrar una oficina local, consulte las páginas del gobierno en la primera sección de las páginas blancas de la guía telefónica y busque: “United States Government Offices/Discrimination”. También puede dirigirse al sitio web de la EEOC: www.eeoc.gov.
- **Departamento de Igualdad en el Empleo y la Vivienda de California** (teléfono: 1-800-884-1684): para encontrar una oficina local, consulte las páginas del gobierno en la primera sección de las páginas blancas de la guía telefónica y busque: “State Government Offices”. También puede dirigirse al sitio web del DFEH: www.dfeh.ca.gov.

Libros y otros materiales



Schedule for Rating Permanent Disabilities: esta publicación estatal se usa para clasificar las incapacidades permanentes. Hay tres tasas diferentes que dependen de la fecha de su lesión y de la instancia particular de su reclamo. Para ver la tasa que se aplica a su caso, comuníquese con un funcionario de Información y Asistencia (vea las páginas 48 y 49) o visite el sitio web de la División de Compensación de los Trabajadores: <http://www.dir.ca.gov/dwc/dwcrep.htm>.

If Your Employer Is Illegally Uninsured: How to Apply for Workers' Compensation Benefits (2011) y ***Si su Empleador se Encuentra Ilegalmente Sin Seguro: Cómo Solicitar los Beneficios de Compensación del Trabajador (2011)***: elaborados por el Instituto de Investigación sobre el Trabajo y el Empleo de la Universidad de California en Berkeley (UC Berkeley's Institute for Research on Labor and Employment). Un folleto en inglés y en español para trabajadores de California cuyos empleadores incumplen la ley al no tener un seguro de compensación de los trabajadores. Este folleto analiza 10 pasos básicos para solicitar prestaciones del Fondo Fiduciario de Prestaciones de Empleadores sin Seguro (Uninsured Employers Benefits Trust Fund) estatal si el empleador no las paga. Para obtener una copia gratuita, comuníquese con la Comisión de Salud, Seguridad y Compensación del Trabajador de California (teléfono: 1-510-622-3959, sitio web: www.dir.ca.gov/chswc/).

California Workers' Comp: How to Take Charge When You're Injured on the Job, 10ª edición, por Christopher A. Ball (mayo de 2014): una guía detallada para trabajadores, disponible en librerías y en Nolo Press (sitio web: www.nolo.com).

California Workers' Compensation Practice, 5ª edición (actualizada en julio de 2015) de la Educación continua del Colegio de Abogados de California (Continuing Education of the Bar, California): una referencia exhaustiva para abogados, disponible en las bibliotecas jurídicas (sitio web: www.ceb.com).

Helping Injured Employees Return to Work: Practical Guidance Under Workers' Compensation and Disability Rights Law (febrero de 2010): una guía elaborada por el Instituto de Investigación sobre el Trabajo y el Empleo de la Universidad de California en Berkeley. Esta guía describe a los pequeños empleadores cómo establecer e implementar un programa eficaz de regreso al trabajo, cómo coordinar el regreso al trabajo con las prestaciones de compensación de los trabajadores y, en última instancia, cómo fortalecer el ambiente laboral y la salud general de una compañía u organización. Igualmente, describe a los empleados las funciones y las responsabilidades de todos y lo que se puede esperar durante el proceso. Para obtener una copia gratuita, comuníquese con la Comisión de Salud, Seguridad y Compensación del Trabajador de California (teléfono: 1-510-622-3959, sitio web: www.dir.ca.gov/chswc/).

How to Create a Workers' Compensation Carve-Out in California: Practical Advice for Unions and Employers (2006): un folleto diseñado para los sindicatos y los empleadores interesados en "establecer" un sistema alternativo para ofrecer prestaciones a trabajadores lesionados y para resolver los problemas y las disputas, elaborado por el Instituto de Relaciones Industriales (Institute of Industrial Relations) y el Programa de Salud Laboral de la Universidad de California en Berkeley. Para obtener una copia gratuita, comuníquese con la Comisión de Salud, Seguridad y Compensación del Trabajador de California (teléfono: 1-510-622-3959, sitio web: www.dir.ca.gov/chswc/).

Navigating the California Workers' Compensation System (1996): un informe con experiencias de trabajadores lesionados, elaborado por el Programa de Salud Laboral de la Universidad de California en Berkeley. Para obtener una copia gratuita, comuníquese con la Comisión de Salud, Seguridad y Compensación del Trabajador de California (teléfono: 1-510-622-3959, sitio web: www.dir.ca.gov/chswc/).

Preguntas y respuestas sobre los Servicios de Información y Asistencia

P: ¿Cómo pueden ayudarme los funcionarios de I&A?

R: Los funcionarios de I&A pueden entregarle hojas informativas, formularios de compensación de los trabajadores y guías que le expliquen cómo llenarlos. Las hojas de información y las guías incluyen:

Hoja informativa para el trabajador lesionado: Información básica sobre la compensación de los trabajadores para trabajadores lesionados.

Hoja informativa A:	Respuestas a preguntas sobre la revisión de utilización.
Hoja informativa B:	Glosario de términos de compensación de los trabajadores para trabajadores lesionados.
Hoja informativa C:	Respuestas a preguntas sobre las prestaciones por incapacidad temporal.
Hoja informativa D:	Respuestas a preguntas sobre las prestaciones por incapacidad permanente.
Hoja informativa E:	Respuestas a preguntas sobre evaluadores médicos calificados y evaluadores médicos acordados.
Hoja informativa F:	Respuestas a preguntas sobre del Fondo Fiduciario de Prestaciones de Empleadores sin Seguro Estatal.

Guía de I&A N.º 1:	Cómo presentar un formulario de reclamo de compensación de los trabajadores.
Guía de I&A N.º 2:	Cómo solicitar una evaluación médica calificada.
Guía de I&A N.º 3:	Cómo objetar su clasificación sumaria.
Guía de I&A N.º 4:	Cómo presentar una solicitud para la adjudicación del reclamo.
Guía de I&A N.º 5:	Cómo presentar una declaración de disposición para proceder.
Guía de I&A N.º 6:	Cómo solicitar una audiencia expeditiva.
Guía de I&A N.º 7:	Cómo presentar una petición por discriminación (Artículo 132a del Código Laboral).
Guía de I&A N.º 8:	Cómo presentar una petición por comportamiento ilícito, grave e intencional.
Guía de I&A N.º 9:	Cómo presentar una petición de conmutación.
Guía de I&A N.º 10:	Cómo presentar un embargo preventivo.
Guía de I&A N.º 11:	Cómo presentar una petición para reabrir un caso.
Guía de I&A N.º 12:	Cómo presentar una petición para la reconsideración de un caso.
Guía de I&A N.º 13:	Cómo presentar una apelación al director administrativo.
Guía de I&A N.º 14:	Cómo presentar una queja ante la Unidad de Auditoría.
Guía de I&A N.º 15:	Cómo despedir a su abogado.
Guía de I&A N.º 16:	Cómo presentar un reclamo ante el Fondo Fiduciario de Prestaciones de Empleadores sin Seguro.
Guía de I&A N.º 16A:	Cómo denominar correctamente a su empleador para el Fondo Fiduciario de Prestaciones de Empleadores sin Seguro.
Guía de I&A N.º 16B:	Cómo presentarle a su empleador el reclamo en un caso del Fondo Fiduciario de Prestaciones de Empleadores sin Seguro.
Guía de I&A N.º 17:	Cómo llenar una hoja de portada de documento.
Guía de I&A N.º 18:	Cómo llenar una hoja de separador de documento.

Los funcionarios de I&A:

- Pueden responder sus preguntas sobre su reclamo. La ayuda está disponible en varios idiomas.
- Pueden llamar al administrador de reclamos para ayudar a aclarar malentendidos.
- Pueden reunirse para resolver problemas o disputas.
- No pueden preparar su caso activamente, defenderlo o hablar por usted como su representante (esta es la labor de un abogado).

P: ¿Cómo puedo comunicarme con un funcionario de I&A?

R: Para comunicarse con un funcionario de I&A:

- Llame gratis al 1-800-736-7401 para escuchar mensajes grabados o para solicitar materiales impresos.
- Asista a un taller gratuito de una hora de I&A (diseñado principalmente para los trabajadores lesionados que no tienen abogados y cuyos casos han sido aceptados).
- Llame a un funcionario local de I&A a una de las oficinas que se indican en la próxima página.

Oficinas de Información y Asistencia de la División de Compensación de los Trabajadores (DWC)

Los funcionarios de Información y Asistencia (I&A) responden las preguntas y ayudan a los trabajadores, y sus servicios son gratuitos. (Los siguientes números de teléfono se actualizaron en abril de 2016).

Oficinas distritales

Anaheim	1-714-414-1801
Bakersfield	1-661-395-2514
Eureka	1-707-441-5723
Fresno	1-559-445-5355
Long Beach	1-562-590-5240
Los Ángeles	1-213-576-7389
Marina del Rey	1-310-482-3820
Oakland	1-510-622-2861
Oxnard	1-805-485-3528
Pomona	1-909-623-8568
Redding	1-530-225-2047
Riverside	1-951-782-4347
Sacramento	1-916-928-3158
Salinas	1-831-443-3058
San Bernardino	1-909-383-4522
San Diego	1-619-767-2082
San Francisco	1-415-703-5020
San Jose	1-408-277-1292
San Luis Obispo	1-805-596-4159
Santa Ana	1-714-558-4597
Santa Barbara	1-805-884-1988
Santa Rosa	1-707-576-2452
Stockton	1-209-948-7980
Van Nuys	1-818-901-5367

Para escuchar mensajes grabados, llame al número gratuito: 1-800-736-7401.

Para conocer las direcciones de las oficinas distritales, consulte las páginas del gobierno en la primera sección de las páginas blancas de la guía telefónica y busque: "State Government Offices/Industrial Relations/Workers' Compensation".

También puede dirigirse a el sitio web de la DWC: www.dwc.ca.gov.

Preguntas y respuestas sobre los abogados



P: ¿Cómo puede ayudarme un abogado?

R: Un abogado de solicitantes debe:

- Proteger sus derechos.
- Planear una estrategia para su caso para conseguir todas las prestaciones que se le deben.
- Defender sus derechos.
- Recopilar información que respalde su reclamo.
- Llevar un registro de las fechas límite.
- Representarlo en audiencias ante un juez de compensación de los trabajadores.
- Informarle acerca de otras prestaciones o reclamos disponibles.

P: ¿Cómo cobran los abogados?

R: La mayoría de los abogados de solicitantes ofrecen consultas gratis. Si contrata a un abogado no debe pagarle inmediatamente. En realidad, los honorarios de su abogado se descuentan más adelante de sus prestaciones. Los honorarios suelen representar entre 9 % y 15 % de la adjudicación final o del acuerdo por su incapacidad permanente, y un juez de compensación de los trabajadores debe aprobarlos.

Nota: a menudo, los abogados de solicitantes no aceptan casos cuando el trabajador no tiene una incapacidad permanente.

P: ¿Cuándo necesito un abogado?

R: Podría necesitar un abogado si:

- Su empleador o el administrador de reclamos lo trata injustamente o si retiene sus prestaciones.
- La incapacidad permanente lo limita o le causa dolor.
- No sabe cómo continuar con su caso y nadie lo ayuda.

P: ¿Cuáles son las posibles desventajas de contratar un abogado?

R: Los honorarios del abogado se descuentan de sus prestaciones. Además, es posible que personas involucradas en su caso solo puedan hablar directamente con su abogado y no con usted sobre asuntos importantes.

P: ¿Cómo elijo a un abogado?

R: Elija a uno con experiencia en compensación de los trabajadores que preferiblemente cuente con la certificación de especialista en compensación de los trabajadores del State Bar of California. El State Bar of California (teléfono: 1-415-538-2120, sitio web: www.calbar.ca.gov), un colegio local de abogados, la Asociación de Abogados de Solicitantes de California (teléfono: 1-800-648-3132; sitio web: www.caaa.org), una sociedad de ayuda legal del condado, en sindicato u otros trabajadores lesionados puede proporcionarle una lista de abogados de solicitantes.

Elija con cuidado. En su primera cita, observe qué tan bien se comunica el abogado y sus empleados con usted. Si contrata a un abogado y después decide cambiarlo, podría ser difícil encontrar otro abogado que esté dispuesto a tomar su caso.

Elija con cuidado. Si contrata a un abogado y después desea cambiarlo, podría ser difícil encontrar otro abogado que esté dispuesto a tomar su caso.

Apéndice A: Leyes y reglamentos importantes

A continuación se detallan las leyes y los reglamentos del sistema de compensación de los trabajadores de California que rigen sus derechos y sus obligaciones.

Las leyes se encuentran en este sitio web: [https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes/xhtml](https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes.xhtml).

Los reglamentos en: <https://govt.westlaw.com/calregs/>. Puede acceder a una sección específica sobre reglamentos mediante la herramienta de búsqueda que se encuentra en la esquina superior derecha, la cual posee el ícono de una lupa. Haga clic en ese ícono y escriba “Título 8” (Title 8) y el número del artículo que busca.

Advertencia: algunas normas están fundamentadas en interpretaciones legales que se encuentran en la jurisprudencia y que no están detalladas en los estatutos y ni en los reglamentos. La jurisprudencia incluye las decisiones anteriores de jueces de compensación de los trabajadores, de la Junta de Apelaciones y de tribunales estatales. Si tiene preguntas o necesita ayuda, use los recursos que están en el capítulo 8.

Introducción

Acuerdos obrero-patronales establecidos: del artículo 3201.5 hasta el artículo 3201.9 del Código Laboral; y del artículo 10200 al artículo 10204 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Capítulo 1

Definiciones de “lesión”: artículos 3208, 3208.5 y 3208.1 del Código Laboral.

Limitaciones en la cobertura por lesiones psiquiátricas: artículo 3208.3 del Código Laboral.

Limitaciones en la cobertura por lesiones notificadas después de ser despedido o suspendido: artículo 3600(a)(10) del Código Laboral.

Prestaciones de atención médica: artículo 4600 del Código Laboral.

Prestaciones por incapacidad temporal (TD) y por incapacidad permanente (PD): desde el artículo 4453 hasta el 4459, el artículo 4650 y el artículo 4658.1; y desde el artículo 4659 hasta el artículo 4664 del Código Laboral.

Prestaciones complementarias por la pérdida del trabajo: artículos 4658.5, 4658.6 y 4658.7 del Código Laboral.

Prestaciones por muerte: desde el artículo 4700 hasta el artículo 4728 del Código Laboral.

Designación previa de un médico personal o de un grupo médico: artículos 3551(b)(3) y 4600(d) del Código Laboral; y artículos 9780(f), 9780.1 y 9783 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Designación previa de un médico personal si el empleador o la compañía de seguros trabaja con una HCO: artículo 3551(b)(3) y artículo 4600.3(a) del Código Laboral; y desde el artículo 9779.3 hasta el artículo 9779.4 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Notificar sobre una lesión o una enfermedad a su empleador: artículos 5400 y 5402(a) del Código Laboral.

Es ilegal discriminar (sancionar o despedir) a un trabajador por estar lesionado: artículo 132a del Código Laboral.

El empleador debe garantizar el acceso a los servicios médicos de emergencia: artículo 3400 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Programa de Prevención de Lesiones y Enfermedades: artículo 6401.7 del Código Laboral y artículo 3203 del Título 8 del Código de Reglamentos.

La atención médica como prestación de compensación de los trabajadores sin importar el tiempo perdido: artículo 4600(a) del Código Laboral.

Limitaciones en la cobertura para empleados residenciales temporales o a tiempo parcial: artículos 3352(h) y 3715(b) del Código Laboral.

Definición de “contratista independiente”: artículo 3353 del Código Laboral.



Las leyes se encuentran en este sitio web: <https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes/xhtml> enlace a “California Law”.

Los reglamentos en: <https://govt.westlaw.com/calregs/> y enlace a: “California Code of Regulations”.

Cobertura para extranjeros (inmigrantes): artículo 3351(a) del Código Laboral.

Prestaciones de compensación de los trabajadores sin importar quién fue el culpable de su lesión: artículo 3600(a) del Código Laboral.

No puede demandar a su empleador por una lesión laboral, excepciones: artículos 3602, 3706 y 4558 del Código Laboral.

Capítulo 2

El empleador debe darle o enviarle un formulario de reclamo dentro de un día laborable después de enterarse de su lesión: artículo 5401(a) del Código Laboral; y desde el artículo 10136 hasta el artículo 10139 del Título 8 del Código de Reglamentos.

La función del médico tratante de atención primaria: artículo 4061.5 del Código Laboral; y desde el artículo 9785 hasta el artículo 9785.4, y el artículo 10133.36 del Título 8 del Código de Reglamentos.

El empleador debe enviar el formulario de reclamo lleno al administrador de reclamos y entregarle una copia al trabajador lesionado: artículo 10140(a) del Título 8 del Código de Reglamentos.

El administrador de reclamos debe aceptar o negar un reclamo nuevo dentro de un plazo razonable: artículos 5814 y 5814.6 del Código Laboral; y artículo 10109 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Notificaciones de negación o de retraso de un reclamo: artículos 9812(i) y 9812(j) del Título 8 del Código de Reglamentos.

Fraude contra la compensación de los trabajadores: desde el artículo 3820 hasta el artículo 3823 del Código Laboral; y artículos 1871 y 1871.4 del Código de Seguro.

Presunción de cobertura de un reclamo nuevo por la compensación de los trabajadores si no se niega dentro de un plazo de 90 días: artículo 5402(b) del Código Laboral.

Es ilegal discriminar (sancionar o despedir) a un trabajador por estar lesionado: artículo 132a del Código Laboral.

La Ley de Derechos Familiares de California: artículo 12945.2 del Código de Gobierno.

La Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda de California: desde el artículo 12900 hasta el artículo 12996 del Código de Gobierno.

Los funcionarios y los servicios de Información y Asistencia (I&A): artículo 139.6 y desde el artículo 5450 hasta el artículo 5454 del Código Laboral; y desde el artículo 9921 hasta el artículo 9929 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Los jueces de compensación de los trabajadores: artículos 123.5 y 123.6 del Código Laboral; y el artículo 10348 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Capítulo 3

El empleador debe pagar la compensación de los trabajadores y estar asegurado o tener un seguro propio: artículos 3600 y 3700 del Código Laboral.

Es ilegal que el proveedor médico facture al trabajador lesionado mientras que el reclamo está pendiente: artículo 3751(b) del Código Laboral.

Atención médica basada en las pautas de tratamiento y en otras pautas con base científica: artículos 4600(b), 4604.5 y 5307.27 del Código Laboral; y artículo 9792.8 y desde el artículo 9792.20 hasta el artículo 9792.26 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Límites de consultas con el quiropráctico, el fisioterapeuta y el terapeuta ocupacional: artículo 4604.5(c) del Código Laboral.

El empleador debe garantizar el acceso a los servicios médicos de emergencia: artículo 3400 del Título 8 del Código de Reglamentos.

El administrador de reclamos debe autorizar el tratamiento médico dentro de un día laborable después de que se presente el formulario de reclamo (hasta un valor de \$10,000): artículo 5402(c) del Código Laboral.

Designación previa de un médico personal o de un grupo médico: artículos 3551(b)(3) y 4600(d) del Código Laboral; y los artículos 9780(f), 9780.1 y 9783 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Designación previa de un médico personal si el empleador o la compañía de seguros trabaja con una HCO: artículo 3551(b)(3) y artículo 4600.3(a) del Código Laboral; y desde el artículo 9779.3 hasta el artículo 9779.4 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Redes de Proveedores Médicos (MPN): desde el artículo 4616 hasta el artículo 4616.7 del Código Laboral; y desde el artículo 9767.1 hasta el artículo 9767.17 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Organizaciones de atención médica (HCO): desde el artículo 4600.3 hasta el artículo 4600.7 del Código Laboral; y desde el artículo 9770 hasta el artículo 9779.8 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Derecho a ser atendido por su médico personal si el empleador no publicó información sobre sus derechos de compensación de los trabajadores: artículos 3550(e) y 4616.3(b) del Código Laboral; y artículos 9881 y 9881.1 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Derecho a ser atendido por un médico de su elección si el empleador o el administrador de reclamos no le proporciona la atención médica necesaria o le dan un tratamiento completamente inadecuado: artículo 4600(a) del Código Laboral.

Obligación del empleador de publicar información sobre la compensación de los trabajadores: artículo 3550 del Código Laboral; y artículos 9881 y 9881.1 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Cambiarse de médico si recibe tratamiento con una MPN: artículo 4616.3 del Código Laboral; y artículo 9767.6 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Cambiarse de médico si recibe tratamiento con una HCO: artículos 3209.3, 4600.3(c), 4600.3(e) y 4600.3(g) del Código Laboral; y artículo 9773(b)(6) del Título 8 del Código de Reglamentos.

Un quiropráctico no puede ser el médico tratante después de 24 consultas quiroprácticas: artículo 4600(c) del Código Laboral.

Obligación de informarle al administrador de reclamos el nombre y la dirección del médico nuevo: artículo 4603.2(a)(1) del Código Laboral.

Cambiarse de médico si no recibe tratamiento con una MPN ni con una HCO: artículos 3209.3, 4600(c) y 4601(a) del Código Laboral; y artículo 9781 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Cambiarse a su quiropráctico o acupuntor personal: artículos 4601(b) y 4601(c) del Código Laboral; y artículos 9781(b) y 9783.1 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Cambiarse de médico si lo atiende su médico personal previamente designado: artículos 3209.3, 4600(c), 4600.3(a), 4600.3(c), 4600.3(e), 4600.3(g) y 4616.3(b) del Código Laboral; y artículos 9767.6(d), 9767.6(e), 9767.6(f), 9773(b)(6), 9780.1(d) y 9781 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Informes del médico tratante: artículos 9785 y 9785.4 del Título 8 del Código de Reglamentos.

El administrador de reclamos debe proporcionar copias de los informes médicos cuando se le soliciten: artículo 9810(e) del Título 8 del Código de Reglamentos.

El médico debe proporcionar copias de los informes médicos cuando se le soliciten: desde el artículo 123100 hasta el artículo 123149.5 del Código de Salud y Seguridad de California.

Capítulo 4

Apelar las decisiones de un médico tratante de una MPN sobre diagnósticos o tratamientos: artículos 4616.3(c), 4616.4 y 4616.6 del Código Laboral; y artículo 9767.7 y desde el artículo 9768.1 hasta el artículo 9768.17 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Apelar las decisiones de un médico tratante de una HCO sobre diagnósticos o tratamientos: artículos 4600.3(e), 4600.5(d)(6) del Código Laboral; y artículos 9773(b)(7) y 9775 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Apelar las decisiones de un médico tratante que no forma parte de una MPN ni de una HCO sobre diagnósticos o tratamientos: desde el artículo 4062 hasta el artículo 4068 del Código Laboral.

Evaluadores médicos calificados (QME): artículo 139.2 del Código Laboral; y desde el artículo 10 hasta el artículo 119 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Revisión de utilización (UR): artículo 4610 del Código Laboral; y artículos 9785 y 9785.5, desde el artículo 9792.6 hasta el artículo 9792.10 y el artículo 9792.12 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Apelar una decisión que niegue tratamiento: artículos 4062(b), 4062(c), 4610.5 y 4610.6 del Código Laboral; y desde el artículo 9792.10 hasta el artículo 9792.10.9 y el artículo 9792.12 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Multas por retrasos o negaciones injustificadas: artículos 4610.1, 5814 y 5814.5 del Código Laboral.

Reclamos e investigaciones de la Unidad de Auditoría por el incumplimiento de las fechas límite para la UR: artículo 4610(i) del Código Laboral.

Reclamos e investigaciones de la Unidad de Auditoría sobre retrasos y negaciones injustificadas: artículo 5814.6 del Código Laboral.

Cómo un trabajador lesionado o el administrador de reclamos puede apelar a otros tipos de opiniones en un informe médico: desde el artículo 4060 hasta el artículo 4062.5 del Código Laboral; y artículo 9812(g) del Título 8 del Código de Reglamentos.

Capítulo 5

Elegibilidad para prestaciones por incapacidad temporal (TD): artículo 4652 del Código Laboral.

Montos de las prestaciones por TD: artículo 4453, desde el artículo 4653 hasta el artículo 4657 y el artículo 4661.5 del Código Laboral.

Permiso laboral protegido según la Ley de Derechos Familiares de California (CFRA): artículo 12945.2 del Código de Gobierno.

Notificaciones sobre los pagos por TD: artículo 138.4(c) del Código Laboral; y artículos 9812(a), 9812(b), 9812(c) y 9812(d) del Título 8 del Código de Reglamentos.

Cuándo comienzan los pagos por TD: artículo 4650(a) del Código Laboral.

Prestaciones por TD que se pagan cada dos semanas: artículo 4650(c) del Código Laboral.

Carta que explica el retraso de las prestaciones por TD: artículo 9812(a)(2) del Título 8 del Código de Reglamentos.

Presunción de cobertura de un reclamo nuevo por la compensación de los trabajadores si no se niega dentro de un plazo de 90 días: artículo 5402(b) del Código Laboral.

Multas por retrasos en los pagos por TD: artículos 4650(d) y 5814 del Código Laboral.

Cuándo concluyen los pagos por TD: artículo 4656 del Código Laboral.

Notificación sobre la conclusión de las prestaciones por TD: artículo 9812(d) del Título 8 del Código de Reglamentos.

Capítulo 6

Informes médicos y restricciones laborales mientras se recupera: artículo 4061.5 del Código Laboral; y artículos 9785 y 9785.2 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Es ilegal discriminar (sancionar o despedir) a un trabajador por estar lesionado: artículo 132a del Código Laboral.

Formulario de “Descripción de las tareas laborales del empleado”: artículo 10133.33 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Ofertas de trabajo y prestaciones complementarias por la pérdida del trabajo: artículos 4658.5, 4658.6 y 4658.7 del Código Laboral; y artículos 9813.1, 10116.9 y desde el artículo 10133.31 hasta el artículo 10133.60 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Es ilegal discriminar (sancionar o despedir) a un trabajador por estar lesionado: artículo 132a del Código Laboral.

La Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda de California (FEHA): desde el artículo 12900 hasta el artículo 12996 del Código de Gobierno.

Capítulo 7

Definiciones de “incapacidad permanente”: artículos 4660, 4660.1 y 4662 del Código Laboral; y artículo 10152 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Informe de condición permanente y estacionaria (P&S): artículo 4663 del Código Laboral; y artículos 9785(g), 9785.3, 9785.4 y 10152 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Clasificaciones: artículos 4452.5, 4660, 4660.1, 4662, 4663 y 4664 del Código Laboral; y desde el artículo 10150 hasta el artículo 10167 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Tasas de clasificación: artículos 4658(d)(4) y 4660 del Código Laboral; desde el artículo 9725 hasta el artículo 9727, y los artículos 9805 y 9805.1 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Clasificaciones realizadas por un clasificador de incapacidades: desde el artículo 10150 hasta la 10167 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Reconsideración de la clasificación de un clasificador de incapacidades: artículo 10164 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Montos de las prestaciones por incapacidad permanente (PD): artículos 4658, 4658.1, 4659, 4660, 4660.1, 4661, 4662, 4663 y 4664 del Código Laboral.

Reducción o aumento de las prestaciones por PD en 15 % dependiendo de si el empleador le ofrece o no trabajo: artículos 4658(d)(2) y 4658(3) del Código Laboral; y artículo 10117 del Título 8 del Código de Reglamentos.

“Aviso de oferta de trabajo regular” (formulario DWC-AD 10118): artículo 10118 del Título 8 del Código de Reglamentos.

“Aviso de oferta de trabajo modificado o alternativo” (formulario DWC-AD 10033.53): artículo 10033.53 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Cuándo comienzan los pagos por PD: artículo 4650(b) del Código Laboral.

Prestaciones por PD que se pagan cada dos semanas: artículo 4650(c) del Código Laboral.

Cuándo se reducen o se aumentan 15 % las prestaciones por PD: artículo 10117 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Notificaciones sobre las prestaciones por PD: artículos 138.4(c) y 4061 del Código Laboral; y artículo 9812(g) del Título 8 del Código de Reglamentos.

Multas por retrasos en las prestaciones por PD: artículos 4650(d) y 5814 del Código Laboral.

Estipulaciones con pedido de adjudicación: artículo 5702 del Código Laboral; y artículos 10496, 10497, y desde el artículo 10875 hasta el artículo 10882 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Acuerdo y cesión: desde el artículo 5000 hasta el artículo 5106 del Código Laboral; y desde el artículo 10870 hasta el artículo 10882 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Cambios en las prestaciones y la reapertura de un caso: artículo 5410 del Código Laboral.

Fallo y adjudicación: desde el artículo 5800 hasta el artículo 5816 del Código Laboral.

Capítulo 8

Ofertas de trabajo y prestaciones complementarias por la pérdida del trabajo: artículos 4658.5, 4658.6 y 4658.7 del Código Laboral; y artículos 9813.1 y 10116.9 y desde el artículo 10133.31 hasta el artículo 10133.60 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Montos en dólares de los vales: artículos 4658.5(b) y 4658.7(d) del Código Laboral.

Capítulo 9

Programa adicional de regreso al trabajo: artículos 139.48 y 4658.7 del Código Laboral; y desde el artículo 17300 hasta el artículo 17310 del Título 8 del Código de Reglamentos.

Apéndice B: Glosario



Este glosario explica brevemente muchos términos que se usan comúnmente en la compensación de trabajadores. Estas no son definiciones legales completas.

Abogado del solicitante: abogado que representa a trabajadores lesionados en sus casos de compensación de los trabajadores. El “solicitante” es el trabajador lesionado.

ACOEM (American College of Occupational and Environmental Medicine): Colegio Estadounidense de Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente. Partes de las pautas publicadas por el ACOEM, llamadas “Pautas de la Práctica de la Medicina Ocupacional” (“Occupational Medicine Practice Guidelines”) están incorporadas en el Catálogo de Utilización de Tratamientos Médicos adoptado por la División de Compensación de los Trabajadores.

Acuerdo: acuerdo entre un trabajador lesionado y el administrador de reclamos con respecto a los pagos de compensación de los trabajadores y a la atención médica que se proporcionará al trabajador en el futuro. Un juez de leyes de administración de compensación de los trabajadores debe revisar los acuerdos para determinar si son apropiados para compensar al trabajador lesionado.

Acuerdo establecido (carve-out): alternativa a los procedimientos de resolución de disputas en el sistema de compensación de los trabajadores de California. Los acuerdos establecidos solo se pueden crear a través de contratos colectivos entre los sindicatos y los empleadores.

Acuerdo y cesión (Compromise and Release, C&R): tipo de acuerdo en el que el trabajador lesionado recibe un pago único y se hace responsable de pagar su atención médica futura por la lesión.

Administrador de reclamos: persona que se encarga de los reclamos de compensación de los trabajadores de parte de los empleadores. La mayoría de los administradores de reclamos trabajan para compañías de seguro u otras organizaciones que se encargan de los reclamos de parte de los empleadores. Algunos administradores de reclamos trabajan directamente para grandes empleadores que se encargan de sus propios reclamos. A esta persona también se le llama “examinador de reclamos” o “ajustador de reclamos”.

Ajustador de reclamos: vea el término “administrador de reclamos”.

AMA (American Medical Association): Asociación Médica Estadounidense. Para los trabajadores cuyas incapacidades permanentes requieren clasificaciones usando la tasa de clasificación del año 2005, el médico tratante debe clasificar el impedimento del trabajador usando las pautas publicadas por la AMA, llamadas “Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes” (“Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment”).

AOE/COE (“Arising out of and in the course of employment”): “Que surge de y que ocurre durante el empleo”, o que su causa es el trabajo de una persona y que ocurre mientras trabaja. Una lesión o una enfermedad debe ser AOE/COE para obtener la cobertura de compensación de los trabajadores.

Apelar: estar en desacuerdo con algo, hacer una objeción o presentar una disputa.

Atención médica: vea el término “tratamiento médico”.

Audiencia: proceso o evento legal en el que un juez de leyes de administración de compensación de los trabajadores realiza una reunión para tratar temas o recibir información de varias personas para tomar una decisión acerca de una disputa o de un acuerdo propuesto.

Aviso de Oferta de Trabajo Regular (DWC-AD 10118): si el trabajador se lesionó entre el año 2005 y el año 2012, el empleador o el administrador de reclamos envía ese formulario al trabajador lesionado con una incapacidad permanente. Si el empleador tiene 50 empleados o más y esta oferta se realiza dentro de un plazo de 60 días desde que la condición del trabajador se vuelve permanente y estacionaria (P&S), los pagos por incapacidad permanente (PD) se reducen 15 %. De lo contrario, estos pagos se incrementan 15 %.

Aviso de oferta de trabajo modificado o alternativo (DWC-AD 10133.53): si el trabajador se lesionó entre el año 2004 y el año 2012, el empleador o el administrador de reclamos envía este formulario al trabajador lesionado con una incapacidad permanente. Si el empleador hace esta oferta dentro de un plazo de 30 días desde que se realiza el último pago incapacidad temporal (TD), el administrador de reclamos no está obligado a proporcionar una prestación complementaria por la pérdida del trabajo (SJDB). Si el trabajador se lesionó entre el año 2005 y el año 2012, el empleador tiene 50 empleados o más y esta oferta se realiza dentro de un plazo de 60 días desde que la condición del trabajador se vuelve permanente y estacionaria (P&S), los pagos por incapacidad permanente (PD) se reducen 15 %. De lo contrario, estos pagos se incrementan 15 %.

Aviso de Oferta de Trabajo Regular, Modificado o Alternativo (DWC-AD 10133.35): si el trabajador se lesionó a partir del año 2013, el empleador o el administrador de reclamos envía ese formulario al trabajador lesionado con una incapacidad permanente. Si el empleador hace esta oferta dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que el administrador de reclamos se entera de que el trabajador presenta una incapacidad parcial permanente (PPD) que se ha vuelto permanente y estacionaria (P&S), el administrador de reclamos no está obligado a proporcionar una prestación complementaria por la pérdida del trabajo (SJDB).

Cal/OSHA: la División de Seguridad y Salud Ocupacional de California (California Occupational Safety and Health Administration, Cal/OSHA) es una agencia estatal que inspecciona lugares de trabajo y administra leyes que protegen la salud y la seguridad de los trabajadores en California.

Carta de retraso: carta que le envía el administrador de reclamos al trabajador lesionado en la que le explica la razón del retraso de los pagos, qué información se requiere antes de enviarlos y cuándo se tomará una decisión con respecto a ellos.

Catálogo de Utilización de Tratamientos Médicos (Medical Treatment Utilization Schedule, MTUS): pautas y marco analítico adoptados por la División de Compensación de los Trabajadores de California, que se basan en evidencia científica y estándares de atención médica reconocidos en el país, y que describen el grado y el alcance apropiado del tratamiento que comúnmente se realiza en casos de compensación de los trabajadores.

Clasificación: vea el término “clasificación de la incapacidad permanente”.

Clasificación de discapacidad: vea el término “clasificación de la incapacidad permanente”.

Clasificación de la incapacidad: porcentaje que calcula qué tanto un trabajador ha perdido del uso normal de las partes lesionadas del cuerpo. La clasificación de incapacidad se basa en las pautas que publica la Asociación Médica Estadounidense (AMA). Esta clasificación es diferente a la “clasificación de la incapacidad permanente”.

Clasificador de incapacidades: empleado de la División de Compensación de los Trabajadores que clasifica la incapacidad permanente de los trabajadores lesionados después de revisar informes médicos o informes médico-legales que describen las condiciones del trabajador. También se le llama “evaluador de incapacidades”.

Clasificación de la incapacidad permanente (PD): porcentaje que calcula qué tanto una lesión laboral limita permanentemente los trabajos que puede realizar una persona. Esta clasificación se basa en la condición médica del trabajador, en la fecha de la lesión, en la edad y en la ocupación a la fecha de la lesión, así como en el prorrateo (el porcentaje de la incapacidad que es producto al trabajo, en comparación con el porcentaje que es producto de otros factores).

Comisión de Salud, Seguridad y Compensación del Trabajador (Commission on Health and Safety and Workers' Compensation, CHSWC): organismo designado por el estado que está formado por cuatro representantes sindicales y cuatro representantes patronales que patrocina y realiza estudios permanentes y hace recomendaciones para mejorar tanto el sistema de compensación de los trabajadores de California como las actividades estatales para prevenir lesiones laborales.

Descripción de las tareas laborales del empleado (Formulario DWC-AD 10133.33): formulario que llenan en conjunto el trabajador lesionado y el empleador o el administrador de reclamos para ayudar al médico que atiende al trabajador a determinar si este puede regresar al trabajo y a sus condiciones laborales habituales. La información del formulario también ayuda al médico a especificar las restricciones laborales que corresponden.

Designación previa: proceso en el que un trabajador le comunica a su empleador, por escrito y antes de lesionarse en el trabajo, el nombre y la dirección de su médico personal que lo atenderá en caso de sufrir una lesión laboral. Este médico debe ser el médico de atención primaria del trabajador y debe aceptar la designación previa. Un trabajador también puede designar previamente un grupo médico. Si un trabajador hace la designación previa, puede ser atendido por su médico personal, en lugar de un médico que elija el empleador o el administrador de reclamos, inmediatamente después de sufrir la lesión. El trabajador solo puede hacer la designación previa si, a la fecha de la lesión, tenía una cobertura para condiciones médicas que no se relacionan con el trabajo. Vea también el término “médico personal”.

Disputa: desacuerdo con respecto al derecho del trabajador a recibir pagos, servicios u otras prestaciones.

División de Compensación de los Trabajadores (Division of Workers’ Compensation, DWC): agencia estatal que administra las leyes sobre compensación de los trabajadores, resuelve disputas y proporciona información y asistencia a trabajadores lesionados y a otros individuos acerca del sistema de compensación de los trabajadores de California.

Estipulaciones con pedido de adjudicación: tipo de acuerdo en el que el administrador de reclamos suele acceder a continuar pagando la atención médica que se necesita para una lesión.

Evaluador médico acordado (Agreed Medical Evaluator, AME): médico que eligen el abogado del trabajador lesionado y el administrador de reclamos para realizar un examen médico y preparar un informe médico-legal para ayudar a resolver una disputa.

Evaluador médico calificado (Qualified Medical Evaluator, QME): médico que elige el trabajador lesionado, el abogado del trabajador lesionado o el administrador de reclamos, de una lista que proporciona la División de Compensación de los Trabajadores, para realizar un examen médico y preparar un informe médico-legal para ayudar a resolver una disputa. Los QME están certificados por la División de Compensación de los Trabajadores.

Examinador de reclamos: vea el término “administrador de reclamos”.

Factores objetivos: mediciones, observaciones directas y resultados de exámenes en los que el médico que atiende al trabajador, un QME o un AME describe qué factor contribuye a la incapacidad permanente de un trabajador lesionado.

Factores subjetivos: dolor y otros síntomas del trabajador lesionado que no pueden medirse ni observarse directamente y que, según el médico, contribuyen a la incapacidad permanente del trabajador.

Fallo y adjudicación (Findings and Award): decisión por escrito que dicta un juez de leyes de administración de compensación de los trabajadores con respecto al caso de un trabajador lesionado, lo que incluye los pagos y la atención médica que se le deben proporcionar en el futuro.

Fecha de la lesión: si la lesión fue causada por un incidente único (una lesión específica), esta será la fecha del incidente. Si la lesión se produjo como consecuencia de exposiciones repetidas (una lesión acumulativa), la fecha será cuando el trabajador se entere de que la lesión se produjo por el trabajo.

Fondo Fiduciario de Prestaciones de Empleadores sin Seguro (Uninsured Employers Benefit Trust Fund, UEBTF): posible fuente de prestaciones de compensación de los trabajadores para un trabajador lesionado cuyo empleador incumple la ley de California al no tener un seguro. La División de Compensación de los Trabajadores estatal administra estas prestaciones.

Formulario de reclamo (DWC-AD 10118): formulario que usa un trabajador para solicitar por escrito prestaciones de compensación de los trabajadores.

Formulario del vale intransferible por prestaciones complementarias por la pérdida del trabajo (Supplemental Job Displacement Non-Transferable Voucher Form) (DWC-AD 10133.32 o DWC-AD 10133.57): formulario que usa el administrador de reclamos para proporcionarle una prestación complementaria por la pérdida del trabajo, o vale, a un trabajador lesionado con una incapacidad permanente. El formulario DWC-AD 10133.32 se usa en el caso de los trabajadores que sufrieron una lesión a partir del año 2013. El formulario DWC-AD 10133.57 se usa en el caso de los trabajadores que sufrieron una lesión entre los años 2004 y 2012.

Funcionario de Información y Asistencia (Information & Assistance, I&A): empleado de la División de Compensación de los Trabajadores que responde preguntas, ayuda a trabajadores lesionados, proporciona materiales impresos, dicta talleres informativos y realiza reuniones para resolver problemas de reclamos de manera informal. La mayoría de sus servicios están diseñados para ayudar a los trabajadores que no tienen abogado.

Informe de condición P&S: informe médico que redacta el médico que atiende al trabajador lesionado en el que detalla la condición médica de este una vez que está estable. Vea también el término “permanente y estacionaria”.

Informe médico-legal: informe que redacta un médico para ayudar a esclarecer uno o más temas médicos en disputa con respecto a la condición médica o a la lesión de un trabajador.

Juez: vea el término “juez de leyes de administración de compensación de los trabajadores”.

Junta de Apelaciones: grupo de siete comisionados que revisan y reconsideran las decisiones de los jueces de leyes de administración de compensación de los trabajadores.

Junta de Apelaciones de Compensación de los Trabajadores (Workers’ Compensation Appeals Board, WCAB): Junta de Apelaciones y los jueces de leyes de administración de compensación de los trabajadores.

Lesión acumulativa: lesión causada por incidentes repetidos o por exposiciones repetidas en el trabajo. Por ejemplo: lastimarse la muñeca por repetir constantemente el mismo movimiento o perder la capacidad auditiva por ruidos fuertes y constantes.

Lesión específica: lesión que es producto de un incidente laboral. Ejemplos: lastimarse la espalda al caer, quemarse la piel con un producto químico o lesionarse en un accidente automovilístico al hacer entregas.

Ley de Ausencia Familiar y Médica (Family and Medical Leave Act, FMLA): ley federal administrada por el Departamento de Trabajo de los EE. UU. que obliga a la mayoría de los empleadores que tienen al menos 50 empleados a otorgar permisos laborales protegidos a los trabajadores con problemas graves de salud o que necesitan cuidar a un hijo o a otro familiar.

Ley de Derechos Familiares de California (California Family Rights Act, CFRA): ley estatal administrada por el Departamento de Igualdad en el Empleo y la Vivienda de California que obliga a la mayoría de los empleadores que tienen al menos 50 empleados a otorgar permisos laborales protegidos a los trabajadores con problemas graves de salud o que necesitan cuidar a un hijo o a otro familiar.

Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda (Fair Employment and Housing Act, FEHA): ley estatal, administrada por el Departamento de Igualdad en el Empleo y la Vivienda de California, la cual prohíbe la discriminación contra personas con incapacidades. En algunas áreas, las disposiciones de la FEHA ofrecen más protección que la Ley Federal sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA).

Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA): ley federal que prohíbe la discriminación contra las personas con incapacidad. La Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC) de los EE. UU. administra las estipulaciones de empleo de la ADA.

Médico: médico, osteopático, psicólogo, acupuntor, optometrista, dentista, podólogo o quiropráctico licenciados en California. Vea la definición de “médico personal”.

Médico personal: profesional de la medicina licenciado en California con un título MD (médico) o DO (osteopático), que atendió al trabajador lesionado en el pasado y que conoce su expediente médico. El médico debe ser médico general, internista, pediatra o ginecólogo obstetra que sea el médico de atención primaria del trabajador. La definición de “médico personal” puede incluir un grupo médico que presta servicios integrales para tratar, en su mayoría, condiciones médicas que no se relacionan con el trabajo.

Médico tratante de atención primaria (Primary Treating Physician, PTP): médico responsable de dirigir la atención médica del trabajador lesionado y de redactar los informes médicos que podrán tener una repercusión sobre las prestaciones del trabajador.

Médico tratante: médico tratante de atención primaria (PTP) de un trabajador lesionado u otro médico que lo atiende, cuyas recomendaciones se incorporan en los informes médicos del PTP.

Mejora médica máxima (Maximal Medical Improvement, MMI): vea el término “permanente y estacionario (P&S)”.

Multa: multa que se cobra a un empleador o a un administrador de reclamos y que se paga al trabajador lesionado. Puede referirse a una multa automática de 10 % por un retraso en un solo pago, o a una multa de 25 % (y hasta \$10,000) por un retraso injustificado.

Organización de atención médica (Health Care Organization, HCO): organización certificada por la División de Compensación de los Trabajadores que trabaja con un empleador o con una compañía de seguros para ofrecer atención médica controlada dentro del sistema de compensación de los trabajadores de California.

Permanente y estacionaria (Permanent and Stationary, P&S): cuando un médico informa que la condición del trabajador lesionado se ha estabilizado o que no se prevé que mejore ni empeore. Para los empleados cuya incapacidad permanente debe clasificarse con la “Tasa de clasificaciones de incapacidades de 2005”, esta condición se presenta cuando el trabajador alcanza la mejora médica máxima (MMI). Vea también el término “informe de condición P&S”.

Presentación: enviar o entregar un documento a un empleador o a una agencia gubernamental como parte de un proceso legal. La fecha de presentación de un documento corresponde a la fecha en que se recibe el documento.

Prestación complementaria por la pérdida del trabajo (Supplemental Job Displacement Benefit, SJDDB): prestación de compensación de los trabajadores para trabajadores que sufrieron una lesión a partir del año 2004 y que tienen una incapacidad parcial permanente (PPD) que le impida al trabajador realizar su antiguo trabajo y cuyo empleador no le ofrece otro trabajo. Es un vale que ayuda a pagar por recibir una reorientación profesional o para mejorar la capacitación del trabajador, o ambos. También se le llama “vale”.

Prestaciones del Seguro de Incapacidad del Seguro Social (Social Security Disability Insurance, SSDI) y del Seguro de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI): ayuda financiera para personas con incapacidades. La Administración del Seguro Social de los EE. UU. administra estas prestaciones. Pueden disminuir debido a los pagos de compensación de los trabajadores que recibe el trabajador lesionado.

Prestaciones por defunción: pagos al cónyuge, a los hijos o a otros dependientes de un trabajador que fallece debido a una lesión o una enfermedad laboral.

Prestaciones por incapacidad permanente (Permanent Disability, PD): pagos que se hacen a un trabajador cuya lesión laboral limita permanentemente los tipos de trabajos que puede hacer la persona. Las prestaciones por incapacidad parcial permanente (Permanent Partial Disability, PDD) son pagos que se hacen a un trabajador que tiene una condición que limita parcialmente los tipos de trabajos que puede hacer. Las prestaciones por incapacidad total permanente (Permanent Total Disability, PTD) son pagos que se hacen a un trabajador que se considera que tiene una condición que no le permite permanentemente realizar ningún tipo de trabajo.

Prestaciones por incapacidad temporal (Temporary Disability, TD): pagos a un trabajador lesionado que pierde salarios durante su recuperación, puesto que su lesión no le permite hacer su trabajo habitual. Las prestaciones por incapacidad parcial temporal (Temporary Partial Disability, TPD) son pagos que se hacen a un trabajador que puede hacer algún tipo de trabajo mientras se recupera, pero que recibe un salario inferior al que recibía antes de sufrir la lesión. Las prestaciones por incapacidad total temporal (Temporary Total Disability, TTD) son pagos que se hacen a un trabajador incapaz de trabajar mientras se recupera.

Programa adicional de regreso al trabajo: prestación adicional para los trabajadores lesionados, a partir del 2013, que recibieron un vale de prestación complementaria por la pérdida del trabajo (SJDB) y quienes han perdido ingresos de forma desproporcionada.

Programa de Prevención de Lesiones y Enfermedades (Injury and Illness Prevention Program, IIPP): programa de salud y seguridad que los empleadores deben desarrollar e implementar. La Cal/OSHA hace cumplir este requisito.

Prorrato (apportionment): forma de calcular el porcentaje de la incapacidad permanente de un trabajador lesionado que es producto de su empleo en comparación con el porcentaje que es producto de otros factores.

Reclamo aceptado: reclamo de compensación de los trabajadores donde el administrador de reclamos acepta que el seguro de compensación de los trabajadores cubre la lesión o la enfermedad. Aunque se acepte el reclamo, puede haber retrasos u otros problemas. También se le llama “reclamo admitido”.

Reclamo negado: reclamo de compensación de los trabajadores en el que el administrador de reclamos considera que la compensación de los trabajadores no cubre la lesión o la enfermedad del trabajador y le comunica su decisión a este.

Reconsideración: proceso legal para apelar una decisión de un juez de leyes de administración de compensación de los trabajadores.

Reconsideración de una clasificación sumaria: proceso para determinar si hubo errores al determinar la clasificación de la incapacidad permanente de un trabajador lesionado que no tiene abogado.

Red de proveedores médicos (Medical Provider Network, MPN): conjunto de médicos y otros proveedores de atención médica que el empleador o la compañía de seguros elige para atender a trabajadores lesionados en el sistema de compensación de los trabajadores de California. Las MPN deben tener la aprobación de la División de Compensación de los Trabajadores.

Restricciones: vea el término “restricciones laborales”.

Restricciones laborales: descripción de un médico que establece límites claros y específicos para las tareas laborales que puede realizar un trabajador lesionado. Generalmente está diseñada para proteger al trabajador de sufrir otras lesiones.

Revisión de utilización (Utilization Review, UR): proceso que usa el administrador de reclamos para decidir si debe autorizar y pagar el tratamiento recomendado por el médico que atiende al trabajador lesionado o por otro médico.

Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR): este término hace referencia a dos procesos diferentes:

- Revisión independiente de una decisión que un administrador de reclamos comunica para negar o modificar el tratamiento recomendado por un médico que atiende a un trabajador. Un trabajador lesionado puede solicitar este tipo de IMR si la fecha de la lesión ocurrió a partir del 1 de enero de 2013, si el administrador de reclamos comunicó la decisión de negar el tratamiento a partir del 1 de julio de 2013.
- Revisión independiente de una decisión de tratamiento que toma el médico tratante de la red de proveedores médicos (MPN). Un trabajador lesionado puede solicitar este tipo de IMR si recibe tratamiento con una MPN y obtiene opiniones de otros dos médicos de la MPN.

Salario semanal promedio del estado (State Average Weekly Wage, SAWW): el salario semanal promedio se paga a los empleados de California que tuvieron una cobertura de seguro por desempleo, según los informes del Departamento de Trabajo de los EE. UU del año anterior.

Artículo 132a del Código Laboral de California: ley estatal que prohíbe la discriminación contra trabajadores que han sufrido una lesión laboral o que han presentado un reclamo de compensación de los trabajadores. Esta ley también prohíbe discriminar a compañeros de trabajo que declaran en el caso de un trabajador lesionado.

Seguro Estatal por Incapacidad (State Disability Insurance, SDI): ayuda financiera a corto plazo para trabajadores de California con incapacidades. Los trabajadores con lesiones laborales pueden solicitar las prestaciones del SDI cuando los pagos de compensación de los trabajadores se retrasan o se niegan. El Departamento del Desarrollo del Empleo del estado (EDD) administra estas prestaciones.

Tasa de clasificación de incapacidades permanentes (Schedule for Rating Permanent Disabilities): publicación estatal que contiene información detallada que se usa para clasificar las incapacidades permanentes. Hay tres tasas de clasificación. Vea el capítulo 7.

Trabajo alternativo: si el médico que atiende a un trabajador lesionado informa que este no se recuperará por completo ni podrá regresar al trabajo o a las condiciones laborales que tenía antes de sufrir la lesión, el empleador puede ofrecerle trabajo alternativo en lugar de una prestación complementaria por la pérdida del trabajo. Se trata de un trabajo diferente al antiguo puesto del empleado. El trabajo debe incorporar las restricciones laborales del empleado, pagar al menos 85 % del salario y las prestaciones que se pagaban antes de sufrir la lesión, durar al menos 12 meses y ubicarse a una distancia razonable del lugar donde vivía al momento de sufrir la lesión.

Trabajo modificado: si el médico que atiende al trabajador lesionado informa que este no se recuperará por completo ni podrá regresar al trabajo o a las condiciones laborales que tenía antes de sufrir la lesión, el empleador puede ofrecerle trabajo modificado en lugar de una prestación complementaria por la pérdida del trabajo. Se trata del cargo anterior del trabajador con cambios que incorporan las restricciones laborales impuestas por el médico, debe pagar al menos 85 % del salario y de las prestaciones que el trabajador recibía antes de lesionarse, durar al menos 12 meses y ubicarse a una distancia razonable del lugar donde vivía al momento de sufrir la lesión.

Trabajo regular: trabajo anterior de un trabajador lesionado, con el mismo salario y prestaciones que tenía antes de lesionarse y ubicado a una distancia razonable del lugar donde vivía al momento de sufrir la lesión.

Tratamiento médico: una prestación de compensación de los trabajadores que se ofrece al trabajador lesionado y que es “razonablemente necesaria para curar o aliviar los efectos de la lesión”. También se le llama “atención médica”.

Unidad médica: una unidad de la División de Compensación de los Trabajadores que supervisa los planes de revisión de utilización (UR), la revisión médica independiente (IMR) de decisiones que niegan el tratamiento recomendado por el médico que atiende a un trabajador, las redes de proveedores médicos (MPN), la revisión médica independiente (IMR) de las decisiones sobre tratamientos que toman los médicos del MPN, las organizaciones de atención médica (HCO) y los evaluadores médicos calificados (QME).

Vale: vea el término “prestación complementaria por la pérdida del trabajo”.



Christine Baker, directora
Departamento de Relaciones Industriales de California

David Lanier, secretario
Agencia para el Desarrollo del Trabajo y de la Fuerza Laboral de California

Compensación de los trabajadores de California:
Guía para los trabajadores lesionados

Sexta edición, abril de 2016