

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

REGLAMENTO de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

VICENTE FOX QUESADA, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere el artículo 89, fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y con fundamento en los artículos 13, 39 y 40 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y 57, 60, 120, fracción III, y 251, fracciones II, IV, VI, XXIV, XXXII, y XXXVI de la Ley del Seguro Social, he tenido a bien expedir el siguiente

REGLAMENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TÍTULO PRIMERO

DISPOSICIONES GENERALES

Capítulo Único

Artículo 1. El presente Reglamento establece las normas para la prestación de los servicios médicos a los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social en:

- I. El seguro de riesgos de trabajo;
- II. El seguro de invalidez y vida, y
- III. El seguro de enfermedades y maternidad.

Asimismo, establece las normas para la prestación de los servicios médicos a los usuarios no derechohabientes, así como las relativas a la educación e investigación en salud.

Artículo 2. Para efectos de este Reglamento, serán aplicables las definiciones establecidas en el Artículo 5 A de la Ley del Seguro Social, así como las siguientes:

- I. Acuerdos Institucionales de Gestión: son los que se establecen entre los órganos de operación administrativa desconcentrada del Instituto, para la transferencia de pacientes y de los recursos para su atención, sancionados por la Dirección de Prestaciones Médicas;
- II. Área Médica: red de servicios de salud en una zona geodemográfica autorizada por el Consejo Técnico del Instituto, que se encuentra bajo la responsabilidad de un órgano de operación administrativa desconcentrada;
- III. Atención hospitalaria: el conjunto de acciones que se realizan cuando por la naturaleza del padecimiento y a juicio médico, se hace necesario el internamiento del paciente en unidades hospitalarias;
- IV. Atención médica: conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud;
- V. Atención médico quirúrgica: el conjunto de acciones tendentes a prevenir, curar o limitar el daño en la salud de un paciente, mediante la aplicación de los conocimientos médicos y de las técnicas quirúrgicas aceptadas por la medicina;
- VI. Atención obstétrica: son las acciones médicas o quirúrgicas que se proporcionan a las mujeres desde el momento en que el Instituto certifica su estado de embarazo, así como durante su evolución, el parto y el puerperio;
- VII. Enfermedad: toda alteración física o mental en el individuo, provocada por una lesión orgánica o funcional, permanente o transitoria, causada por trastornos metabólicos, agentes físicos, químicos, biológicos o psicosociales, que puede o no imposibilitarle para el desempeño del trabajo o actividades de la vida diaria y requiere de la atención médica para su prevención, curación, control o rehabilitación;
- VIII. Estomatólogo: profesional especialista en las estructuras y función de la cavidad bucal y sus anexos, así como las relaciones con el resto del organismo y que se encarga de promover, preservar y restaurar la salud bucal;
- IX. Expediente clínico: conjunto de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, ópticos o magneto ópticos, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias aplicables;

- X. Maternidad: el estado fisiológico de la mujer originado por el proceso de la reproducción humana, en relación con el embarazo, el parto, el puerperio y la lactancia;
- XI. Médico Familiar o Médico de Familia: el médico especialista en Medicina Familiar o el profesional de la medicina, responsables de proporcionar atención médica primaria, integral y continua al individuo y su familia, que se vincula y comparte responsabilidad con el equipo de salud y que, en su caso, deriva oportunamente a los pacientes a otro nivel de atención;
- XII. Médico No Familiar: profesional de la medicina que ostenta un postgrado, que lo acredita como especialista en cierta rama de la medicina y que con ese carácter, labora en los servicios médicos del Instituto;
- XIII. Médico tratante: el médico familiar o no familiar del Instituto, que durante su jornada de labores proporciona directamente la atención médico quirúrgica al paciente;
- XIV. No derechohabiente: el paciente que en los términos de la Ley, no tiene derecho a recibir las prestaciones que otorga el Instituto y que accede a los servicios médicos que éste presta, en los casos y términos previstos por la Ley;
- XV. Paciente: individuo que interactúa con el personal de salud en los procesos de la atención médica;
- XVI. Prestaciones: todas aquellas acciones necesarias para la atención del daño a la salud, así como compensaciones que se otorgan para proteger los medios de subsistencia de los asegurados, de los pensionados o sus beneficiarios, en los casos y términos previstos por la ley;
- XVII. Salud Reproductiva: estado general de bienestar físico, mental y social, de los individuos y de las parejas para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos;
- XVIII. Servicios: conjunto de prestaciones que otorga el Instituto, a través de sus unidades médicas, administrativas y sociales;
- XIX. Sucedáneo: producto que puede sustituir a la leche materna, por su contenido nutricional, similar a la misma, y
- XX. Unidad Médica de Alta Especialidad: unidad que otorga atención médica de alta especialidad a los pacientes y que fomenta la educación y la investigación en salud.

Artículo 3. El Instituto proporcionará los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios a los derechohabientes que señalan los artículos 84 y 109 de la Ley, a los familiares adicionales a que se refiere el artículo 242 y los asegurados en los ramos de cesantía en edad avanzada y vejez, en los supuestos que establecen los artículos 154 y 162 del mismo ordenamiento.

Artículo 4. Para otorgar las prestaciones médicas a la población derechohabiente, el Instituto dispondrá de un sistema de unidades médicas organizadas en tres niveles de atención:

- I. Primer Nivel de Atención. Lo constituyen las unidades de medicina familiar en donde se otorga atención médica integral y continua al paciente;
- II. Segundo Nivel de Atención. Lo constituyen los hospitales generales de subzona, zona o regionales en donde se atiende a los pacientes, remitidos por los servicios de los distintos niveles de atención, de acuerdo a la zona que les corresponda, para recibir atención diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación, de conformidad a la complejidad de su padecimiento, y
- III. Tercer Nivel de Atención. Lo constituyen las Unidades Médicas de Alta Especialidad, que cuentan con la capacidad tecnológica y máxima resolución diagnóstica terapéutica. En este nivel se atiende a los pacientes que los hospitales del segundo nivel de atención remiten, o por excepción los que envíen las unidades del primer nivel, de conformidad con la complejidad del padecimiento.

Para efectos del otorgamiento de los servicios, los niveles de atención señalados en las fracciones I y II, se integrarán en las Áreas Médicas que correspondan.

Artículo 5. Para efecto de recibir atención médica, integral y continua, el Instituto asignará a los derechohabientes su unidad médica de adscripción y médico familiar, acorde a la estructuración de los servicios establecida en el Área Médica correspondiente.

El Instituto otorgará atención médica de urgencia al derechohabiente en cualquiera de sus unidades médicas que cuenten con este servicio, independientemente de su adscripción, hasta su estabilización, egreso o posibilidad de traslado o referencia a la unidad que, por la complejidad de su padecimiento y por la zonificación de los servicios, le corresponda.

Artículo 6. La integración, uso y resguardo de la información del expediente clínico, así como los registros, anotaciones y certificaciones relacionadas con la atención a la salud de la población derechohabiente, que sea atendida dentro de las instalaciones del Instituto, se realizarán de conformidad con lo establecido en el Artículo 111 A de la Ley y en los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana correspondiente.

La información de los expedientes clínicos electrónicos será resguardada en los equipos informáticos que el Instituto designe, de acuerdo al diseño de su arquitectura y a las políticas de seguridad establecidas para salvaguardar su integridad, protegidos por los estándares de infraestructura y seguridad que correspondan. En este caso, no será necesaria la impresión en papel para su archivo.

Artículo 7. Los médicos del Instituto serán directa e individualmente responsables ante éste de los diagnósticos y tratamientos de los pacientes que atiendan en su jornada de labores.

De la misma manera, tendrán responsabilidad las enfermeras, personal de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y demás personal que intervenga en el manejo del paciente, respecto del servicio que cada uno de ellos proporcione.

El Instituto será corresponsable con el personal referido en los párrafos que anteceden, de los diagnósticos y tratamientos de sus pacientes.

Artículo 8. El personal de salud a que hace alusión el artículo anterior, deberá dejar constancia en el expediente clínico y formatos de control e información institucional, sobre los servicios y atenciones proporcionados a los pacientes. Para tal efecto, cumplirá con lo dispuesto en la Ley y en la Norma Oficial Mexicana correspondiente, así como en la normatividad y procedimientos institucionales en la materia.

La información contenida en el expediente clínico es confidencial conforme a lo que establece la Norma referida, el Artículo 111 A de la Ley, y lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, su Reglamento y los Lineamientos Generales para la Clasificación y Desclasificación de la Información de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.

El paciente o su representante legal podrá solicitar y recibir de las unidades médicas institucionales, la información contenida en su expediente clínico, en los términos establecidos en las disposiciones referidas en el párrafo anterior, quedando bajo su responsabilidad el uso que haga de la misma.

Artículo 9. Para disfrutar de los servicios médicos, el derechohabiente deberá cumplir con los requisitos que establece la Ley y sus reglamentos, debiendo presentar a satisfacción del Instituto, para acreditar su identidad, documento oficial con fotografía o el documento que le expida el Instituto en los términos del Artículo 8 de la Ley.

Artículo 10. El Instituto podrá ordenar la suspensión temporal o definitiva de los servicios en alguna de sus instalaciones médicas, por las causas siguientes:

- I. Cuando se detecte la existencia o la posibilidad de un padecimiento epidémico o infecto contagioso que haga indispensable aislar, total o parcialmente, la instalación médica, por el tiempo que el Instituto considere necesario;
- II. Cuando a juicio del Instituto sea necesario ejecutar obras de reparación, ampliación, remodelación o reacondicionamiento del inmueble, durante las cuales sea imposible la prestación del servicio en condiciones normales para los derechohabientes o se ponga en riesgo su seguridad, y
- III. Cuando sobrevenga algún fenómeno natural, calamidad o causa operativa que impida la prestación del servicio.

En tanto estén suspendidos los servicios institucionales en la unidad médica correspondiente, el derechohabiente deberá acudir a la que le señale el Instituto para recibir las prestaciones a que tenga derecho.

Artículo 11. El Instituto proporcionará las prestaciones del Seguro de Enfermedades y Maternidad a los derechohabientes señalados en Artículo 3 del presente Reglamento, en cualquiera de las formas establecidas en el Artículo 89 de la Ley.

Artículo 12. El Instituto celebrará convenios de subrogación de servicios médicos en los términos y condiciones que dispone la Ley, sus reglamentos y mediante el procedimiento que establezca el Instituto.

Artículo 13. El Instituto suspenderá la pensión de invalidez o de incapacidad permanente parcial o total, por las causas de índole médico siguientes:

- I. Cuando el pensionado por invalidez o incapacidad permanente parcial o total, se niegue a someterse a los exámenes previos o posteriores y a los tratamientos médicos prescritos o abandone éstos sin causa justificada, y

- II. Cuando desaparezca el estado de invalidez o la incapacidad permanente parcial o total del asegurado o pensionado, que haya originado el pago de la pensión.

La suspensión subsistirá mientras el pensionado continúe en el supuesto señalado en la fracción I de este artículo.

Artículo 14. Los actos u omisiones del derechohabiente, que impliquen la comisión de un probable delito en perjuicio del Instituto o que causen daño a los intereses de éste, además de que deberán de ser denunciados ante la autoridad que corresponda, darán motivo, a juicio del Instituto, a la suspensión en el goce de las prestaciones en especie y en dinero.

Artículo 15. Las quejas del derechohabiente en relación con los servicios médicos institucionales y respecto del personal involucrado del Instituto, deberán presentarse conforme a lo dispuesto en el Instructivo de la materia.

TÍTULO SEGUNDO

DE LA ATENCIÓN EN EL SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO

Capítulo I

Generalidades

Artículo 16. Para los efectos del presente Capítulo se entenderá por riesgos, accidentes y enfermedades de trabajo, lo que establecen los artículos 41, 42 y 43 de la Ley.

Artículo 17. Para los efectos del presente Reglamento, no se considerarán riesgos de trabajo los que sobrevengan por alguna de las causas establecidas en el artículo 46 de la Ley.

Artículo 18. El asegurado que sufra un riesgo de trabajo deberá someterse a los reconocimientos o exámenes médicos que ordene el Instituto y a los tratamientos que se le prescriban, salvo cuando justifique la causa de no hacerlo.

Artículo 19. El Instituto, a través de los servicios de Salud en el Trabajo, proporcionará a los patrones, por conducto de los trabajadores o de sus familiares, la información correspondiente a la calificación de un accidente o enfermedad como profesional, sus recaídas y los dictámenes de incapacidad permanente parcial o total y de defunción por riesgos de trabajo, a efecto de que aquellos cuenten con los datos que les permitan determinar su siniestralidad y calcular la prima que deberán pagar en este ramo de aseguramiento.

Para este mismo efecto, el Instituto podrá, de oficio o a solicitud de los patrones, ordenar la verificación de programas de prevención de riesgos de trabajo, de acuerdo a lo señalado en los artículos 80 al 83 de la Ley.

Capítulo II De los riesgos de trabajo

Sección Primera De la prevención de riesgos de trabajo

Artículo 20. El personal multidisciplinario adscrito a los servicios de Salud del Instituto realizará acciones de promoción a la salud, prevención de accidentes y enfermedades de trabajo, así como de vigilancia epidemiológica en las empresas, preferentemente en las de alta siniestralidad.

Artículo 21. El Instituto proporcionará, a través del personal multidisciplinario de los servicios de Salud en el Trabajo, información, asesoría, capacitación y apoyo técnico, de carácter preventivo, individualmente o mediante procedimientos de alcance general, con el objeto de evitar la ocurrencia de riesgos de trabajo entre la población asegurada, en las instalaciones del Instituto o en las de empresas, sindicatos, cámaras y otras organizaciones de los sectores social y privado.

Asimismo, promoverá la coordinación con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, a efecto de realizar campañas preventivas de los riesgos de trabajo, preferentemente en empresas de alta siniestralidad. Los patrones deberán facilitar el acceso y colaborar en el desarrollo de las acciones de carácter preventivo.

Sección Segunda De la notificación de riesgos de trabajo

Artículo 22. Cuando un trabajador sufra un probable accidente de trabajo, inmediatamente deberá acudir o ser trasladado a recibir atención en la unidad médica que le corresponda o, en caso urgente, a la unidad médica más cercana al sitio donde lo haya sufrido. El médico tratante deberá señalar claramente en su nota médica que la lesión del asegurado ocurrió presuntamente en ejercicio o con motivo del trabajo y derivar al trabajador para su valoración y calificación al servicio de Salud en el Trabajo correspondiente.

Cuando el trabajador sufra un accidente en su centro laboral, el patrón deberá dar aviso por escrito al Instituto en un plazo no mayor de veinticuatro horas después de ocurrido el evento. Asimismo, el patrón está

obligado a proporcionar la información que le solicite el Instituto y permitir las investigaciones que sean necesarias en el centro o área de labores, con el fin de calificar el riesgo reclamado.

Cuando el accidente le ocurra al trabajador fuera de su centro laboral, aquél, sus familiares o las personas encargadas de representarlo deberán informar al patrón y avisar inmediatamente al Instituto del probable riesgo de trabajo que haya sufrido. Sin perjuicio de lo antes señalado, el patrón está obligado a informar al Instituto al momento de tener conocimiento del probable riesgo de trabajo ocurrido a su trabajador.

Artículo 23. En los casos en que por cuenta del patrón o del trabajador se otorgue la atención médica en servicios médicos ajenos al Instituto, el patrón está obligado a informar a éste del probable riesgo de trabajo y la atención otorgada para que los servicios institucionales de salud en el trabajo realicen la calificación correspondiente.

Artículo 24. Si el patrón se niega a dar aviso o reconocer el probable riesgo de trabajo, el trabajador podrá informar dicha situación al Instituto, el que procederá a ejercitar sus facultades en los términos del artículo 251 de la Ley.

Sección Tercera De la calificación de riesgos de trabajo

Artículo 25. El personal médico adscrito a los servicios institucionales de Salud en el Trabajo realizará la calificación de los riesgos de trabajo, así como la emisión de dictámenes de Incapacidad Permanente o de Defunción por Riesgo de Trabajo de los asegurados en el régimen obligatorio.

Artículo 26. El personal médico adscrito a los servicios institucionales de Salud en el Trabajo, en uso de las facultades que a este último le confiere la Ley, podrá requerir al trabajador, familiares, personas que lo representen o al patrón, toda la información y documentación necesaria que permita identificar las circunstancias en que ocurrió el accidente.

Artículo 27. Cuando el asegurado solicite a los servicios médicos institucionales la calificación de una probable enfermedad de trabajo o el Instituto la detecte, los servicios de Salud en el trabajo, investigarán en el medio ambiente laboral del trabajador las causas que predisponen a la probable enfermedad de trabajo, para apoyar la calificación, emitir medidas preventivas y evitar su ocurrencia en otros trabajadores. Para este efecto, los patrones deberán cooperar con el Instituto en los términos que señala la Ley.

Sección Cuarta De las prestaciones por riesgos de trabajo

Artículo 28. El asegurado que sufra un riesgo de trabajo tendrá derecho a las prestaciones en especie que se establecen en el artículo 56 de la Ley y a las prestaciones en dinero que señala el artículo 58 del mismo ordenamiento.

Artículo 29. Las prestaciones en especie se otorgarán al pensionado por incapacidad permanente parcial o incapacidad permanente total, para atender y resolver los problemas médicos derivados del riesgo de trabajo.

Artículo 30. El asegurado que sufra un riesgo de trabajo y las lesiones o padecimiento le impidan laborar, podrá permanecer incapacitado hasta por cincuenta y dos semanas; dentro de este término se le dará de alta o, en caso de presentar secuelas de lesiones orgánicas o perturbaciones funcionales derivadas de este riesgo, éstas se valorarán de conformidad con el artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo.

La valuación de la incapacidad permanente será realizada por los médicos de los servicios institucionales de Salud en el Trabajo, con base en la información médica del Instituto y lo establecido en la Ley Federal del Trabajo, la Ley y sus Reglamentos. Los equipos médicos interdisciplinarios de las Unidades Administrativas Delegacionales de Salud en el Trabajo, serán responsables de validar la procedencia o improcedencia de los dictámenes de incapacidad permanente parcial o total emitidos, de acuerdo con la normatividad aplicable en esta materia, así como, cuando les sea requerido por el Consejo Técnico y los Consejos Consultivos Delegacionales, según sea el caso, para efectos de la resolución del recurso de inconformidad, a que se refiere el artículo 294 de la Ley.

Una vez valuada y declarada la incapacidad permanente se concederá al trabajador asegurado, la indemnización global o pensión que le corresponda, esta última será con carácter provisional por un periodo de adaptación de 2 años; transcurrido el periodo de adaptación se otorgará la pensión definitiva en los términos del artículo 58 fracciones II y III de la Ley.

TÍTULO TERCERO

DE LA ATENCIÓN EN EL SEGURO DE INVALIDEZ Y VIDA

Capítulo Único De la atención médica en el ramo de invalidez

Sección Primera Generalidades

Artículo 31. Para los efectos del presente Reglamento se entenderá que existe invalidez cuando el asegurado se encuentre en los supuestos establecidos en el artículo 119 de la Ley.

Sección Segunda Del dictamen de invalidez

Artículo 32. Cuando se agoten las posibilidades de tratamiento médico y de rehabilitación o, bien cuando se cumplan cincuenta y dos semanas de incapacidad temporal para el trabajo, la evaluación del posible estado de invalidez deberá realizarse de conformidad con lo dispuesto en el artículo 58 del presente Reglamento.

La dictaminación del estado de invalidez deberá ser realizada por el personal médico adscrito a los servicios institucionales de Salud en el Trabajo, a través del dictamen médico correspondiente, el que establecerá la determinación de la disminución o pérdida de la capacidad para el trabajo del asegurado, mediante la información médica, laboral y social que se requiera.

Para efectos de revisar la procedencia o improcedencia y resolver lo conducente respecto del dictamen de invalidez, los equipos interdisciplinarios de las Unidades Administrativas Delegacionales de Salud en el Trabajo serán los facultados para validar que el dictamen esté elaborado con base en la normatividad establecida, así como cuando les sea requerido por el órgano colegiado competente, para efectos de la resolución del recurso de inconformidad a que se refiere el artículo 294 de la Ley.

Previamente a la emisión del dictamen, los servicios médicos correspondientes identificarán al asegurado mediante documento oficial con fotografía o con el documento que le expida el Instituto en los términos del artículo 8 de la Ley. Los datos de este documento se asentarán en el dictamen, el cual, deberá emitirse independientemente del número de semanas cotizadas que tuviera el trabajador.

Artículo 33. Para emitir el dictamen que determine el setenta y cinco por ciento o más de invalidez, se deberá tomar en cuenta que el estado físico y mental del asegurado, derivado de una enfermedad o accidente no profesionales, requiera, a juicio de los servicios médicos de salud en el trabajo, que ineludiblemente lo asista otra persona de manera permanente o continua.

Artículo 34. El dictamen que se emita podrá calificar la invalidez como temporal o permanente. El carácter temporal de la invalidez se establecerá cuando médicamente se determine que existe posibilidad de recuperación para el trabajo; en este caso se realizará la revaloración médica del pensionado dentro de los dos años siguientes al de la fecha de expedición del dictamen, para definir si existe recuperación para el trabajo o continúa dictaminándose la invalidez con carácter temporal por períodos renovables de dos años. El dictamen definitivo considerará el estado de invalidez de naturaleza permanente, cuando médicamente se establezca la imposibilidad de mejoría y recuperación de la capacidad para el trabajo.

Artículo 35. La fecha de inicio del estado de invalidez se fijará de acuerdo con las reglas siguientes:

- I. Cuando el trabajador asegurado hubiera sido atendido en los servicios médicos del Instituto, a partir del día inmediato siguiente al último amparado con certificados de incapacidad temporal para el trabajo, y
- II. Cuando no pueda fijarse el día en que se produzca el siniestro porque el trabajador asegurado no acuda a las unidades médicas institucionales para ser atendido del padecimiento que lo invalide o cuando se encuentre dado de baja y en conservación de derechos, se tomará la fecha de la solicitud realizada ante el Instituto, siempre y cuando exista valoración de los servicios médicos institucionales que fundamenten la dictaminación del estado de invalidez.

Los médicos de los servicios institucionales de Salud en el Trabajo determinarán la fecha de inicio del estado de invalidez.

Sección Tercera De las prestaciones en el ramo de invalidez

Artículo 36. El estado de invalidez da derecho al asegurado al otorgamiento de las prestaciones que establece el artículo 120 de la Ley.

Artículo 37. Para que el asegurado pueda gozar de las prestaciones del ramo de invalidez se requiere que se haya declarado ésta, mediante el dictamen médico correspondiente que cumpla con la normatividad establecida.

Asimismo, que al declararse el estado de invalidez, el asegurado tenga acreditado el pago de las semanas de cotización que establece el artículo 122 de la Ley.

Artículo 38. No se tendrá derecho a disfrutar de una pensión de invalidez en los casos que señala el artículo 123 de la Ley.

Artículo 39. Para comprobar si existe o subsiste el estado de invalidez los asegurados que soliciten el otorgamiento de una pensión de invalidez y los inválidos que se encuentren disfrutándola, deberán sujetarse a los exámenes y tratamientos médico-quirúrgicos a juicio del médico tratante y del personal médico adscrito a

los servicios institucionales de Salud en el Trabajo, así como a las investigaciones de carácter social y económico.

Artículo 40. Para efecto de que el pensionado por invalidez pueda disfrutar de la ayuda asistencial a que hace referencia el artículo 120, fracción V, de la Ley, o se pueda otorgar la misma, en los supuestos de los artículos 127, fracción IV, y 140 del mismo ordenamiento, se requerirá que el médico de los servicios institucionales de Salud en el Trabajo valore al pensionado y emita el dictamen médico correspondiente en el que se determine el setenta y cinco por ciento o más de invalidez.

Artículo 41. El hijo o el huérfano del asegurado o pensionado que presente una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico que le impida mantenerse por su propio trabajo, para poder disfrutar de las prestaciones en especie y en dinero a que tuviere derecho, deberá ser declarado incapacitado a través del dictamen correspondiente que expidan los servicios institucionales de Salud en el Trabajo, con base en la normatividad vigente.

TITULO CUARTO

DE LA ATENCIÓN EN EL SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD

Capítulo I Generalidades

Artículo 42. El Seguro de Enfermedades y Maternidad y los servicios médicos institucionales no cubren:

- I. Cirugía estética;
- II. Dotación de anteojos, lentes de contacto, aparatos auditivos e implantes cocleares, prótesis y órtesis externas;
- III. Cirugía para corrección de astigmatismo, presbicia, miopía e hipermetropía, siempre y cuando exista corrección con las medidas convencionales y con excepción de la anisometropía, correcciones mayores de 6 dioptrías y fototerapéutica;
- IV. Expedición de certificado de salud que implica la realización del examen médico de un individuo sano, sin acciones preventivas;
- V. Tratamientos dentales de endodoncia, ortodoncia, salvo en el caso de secuelas de labio y paladar hendido; parodoncia, salvo en padecimiento por tártaro dentario y en aquellos padecimientos sistémicos que se manifiesten en el parodonto, y
- VI. Procedimientos y tratamientos médico-quirúrgicos no considerados en los instrumentos normativos de la atención médica, los basados en fundamentos no aceptados por la ciencia médica o de dudosa eficacia en el correcto tratamiento de los enfermos. Asimismo, todos aquellos que no cuenten con la aprobación de la Secretaría de Salud para su implantación tanto en instituciones públicas como privadas, así como los que requieran de traslado al extranjero para ser realizados.

Artículo 43. El personal de salud deberá, en todo momento, otorgar un trato digno y respetuoso al paciente, procurando un ejercicio clínico apegado a altos estándares de calidad, acordes al conocimiento científico vigente, proporcionándole al mismo o al familiar o representante legal, la información clara, oportuna y veraz sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, de tal forma que participe activamente en las decisiones que intervienen en su salud.

Artículo 44. El Instituto favorecerá las actividades orientadas a la obtención de fondos externos, para el apoyo de programas y proyectos que le permitan mejorar la suficiencia, oportunidad, equidad, calidad y eficiencia de los procesos de atención a la salud.

Artículo 45. Los recursos financieros que se obtengan para el apoyo de programas y proyectos de atención a la salud, por concepto de aportaciones y donativos de personas físicas, instituciones, empresas y organizaciones filantrópicas, públicas o privadas, nacionales o extranjeras, se administrarán en términos de las disposiciones aplicables, a través de los mecanismos administrativos que determine el Instituto y que apruebe el Consejo Técnico.

Capítulo II De la prevención y la atención médica

Sección Primera De la salud pública

Artículo 46. El Instituto realizará en su población derechohabiente acciones de promoción de la salud, nutrición, prevención, detección y control de enfermedades, en todas las etapas de la vida. Estas acciones deberán ofrecerse a través de programas de salud de acuerdo con la edad, el sexo y los factores de riesgo de cada derechohabiente.

Los ámbitos de acción para la realización de estas actividades serán las unidades médicas del Instituto, los centros laborales, las escuelas y la comunidad.

Para cumplir los compromisos interinstitucionales e intersectoriales el Instituto realizará acciones de salud pública en población no derechohabiente, tales como promoción de la salud, nutrición, prevención, detección y control de enfermedades.

En el desarrollo de las acciones a que se refiere el párrafo anterior se propiciará la participación activa e informada de la población en el cuidado de su salud, la de su familia y la de su comunidad.

Artículo 47. Con el fin de identificar, prevenir y controlar oportunamente riesgos y daños a la salud, el Instituto instrumentará y operará sistemas de vigilancia epidemiológica en coordinación con el Sector Salud.

Los sistemas de vigilancia epidemiológica también deberán aportar información que permita evaluar el impacto de los programas de salud institucionales y sectoriales.

Artículo 48. El Instituto implementará sistemas de información, indicadores y mecanismos que permitan evaluar la cobertura, la calidad, la oportunidad y el impacto de los programas de salud en la población bajo su responsabilidad, así como en cada uno de sus derechohabientes.

La información deberá ser accesible a nivel de cada unidad médica, de los órganos de operación administrativa desconcentrada, y de los órganos normativos, bajo las normas de confidencialidad y respeto a los derechos de los pacientes. El Instituto hará públicos los resultados de sus servicios y de los sistemas de vigilancia epidemiológica, en los términos establecidos por la Ley, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y demás disposiciones aplicables.

La evaluación a que se refiere este artículo se deberá realizar con base en los indicadores sectoriales.

Artículo 49. El Instituto, conforme a lo que establece la Ley, se coordinará con organismos gubernamentales, no gubernamentales y con la sociedad civil, para la realización de programas enfocados a resolver problemas prioritarios de salud y atender desastres y emergencias epidemiológicas.

Sección Segunda De la salud reproductiva

Artículo 50. El Instituto otorgará a los derechohabientes, a través del personal médico o paramédico, la orientación e información que les permita tomar sus decisiones libres, responsables e informadas en lo concerniente a su salud reproductiva.

Artículo 51. El Instituto otorgará a los derechohabientes en edad fértil, siempre que ellos lo demanden, métodos anticonceptivos temporales o definitivos; para ello será indispensable la obtención de su consentimiento informado.

Cuando sea solicitado, el personal de salud otorgará a niñas, niños y adolescentes, información sobre su salud sexual y reproductiva y, a adolescentes que lo requieran, los medios necesarios para protegerse de embarazos no planeados.

Artículo 52. El Instituto otorgará la vigilancia y atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, a las aseguradas y a las beneficiarias que señala la Ley atendidas en sus unidades médicas. Para ello, se realizarán acciones médicas de educación, prevención y protección específica, tendentes a mantener o restaurar la salud de la madre y del recién nacido.

Artículo 53. El Instituto otorgará a la población derechohabiente menor de diez años, vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo. Para ello, se realizarán acciones médicas de educación, prevención y protección específica, tendentes a mantener o restaurar la salud del menor.

Artículo 54. El Instituto informará a los derechohabientes y, en su caso, a la población abierta, sobre sus derechos reproductivos mediante la participación del personal médico y paramédico, y a través de los diversos medios de comunicación.

Sección Tercera De la atención en el ramo de enfermedades

Artículo 55. Cuando el derechohabiente tenga necesidad de recibir atención médica deberá presentarse en su unidad médica de adscripción en los días y horarios establecidos a los servicios de consulta externa, preferentemente previa concertación de la cita respectiva, o bien, a los servicios de urgencias que corresponda conforme al Área Médica respectiva, así como exhibir los documentos que acrediten su identidad, adscripción a la unidad y al médico familiar.

Artículo 56. Para efectos de este Reglamento, se entenderá por inicio de una enfermedad, el día en que el derechohabiente dé aviso de la misma o acceda a las instalaciones del Instituto y su personal médico certifique, la existencia de la misma.

Artículo 57. Para los efectos de este Reglamento, las recaídas y complicaciones de un padecimiento en los derechohabientes se considerarán como la misma enfermedad.

Artículo 58. El tratamiento de los asegurados por una misma enfermedad se proporcionará mientras dure ésta, siempre y cuando se reúnan los requisitos de la Ley y sus Reglamentos en materia de conservación de derechos para recibir las prestaciones médicas.

Cuando el asegurado enfermo se encuentre incapacitado para trabajar, el tiempo de tratamiento para una misma enfermedad se limitará a cincuenta y dos semanas, con prórroga de hasta cincuenta y dos semanas más, según lo disponen los artículos 91 y 92 de la Ley, siempre y cuando el periodo de incapacidad sea ininterrumpido o con interrupciones menores de ocho semanas.

Si al término de las 44 semanas de tratamiento de una enfermedad no profesional, por la cual se hayan expedido certificados de incapacidad temporal para el trabajo, el médico tratante considere que la enfermedad no tiene posibilidades de recuperación y que el trabajador no se reincorporará al trabajo, deberá remitir al asegurado al servicio de Salud en el Trabajo para evaluar la procedencia de un posible estado de invalidez.

Si hay interrupciones de la incapacidad de ocho semanas o más, durante las cuales el trabajador haya vuelto a su trabajo, con autorización del médico tratante del Instituto, la presentación del mismo cuadro patológico se considerará como una nueva enfermedad. El Instituto estará facultado para constatar que el asegurado se incorporó a laborar en su ocupación habitual, en el periodo que interrumpió la incapacidad temporal para el trabajo, debiendo el patrón, en este caso, proporcionar al Instituto la información pertinente.

Artículo 59. En los casos en que al hijo mayor de dieciséis años del asegurado se le hubiera determinado una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico que le impida mantenerse por su propio trabajo, el Instituto deberá otorgarle las prestaciones en especie mientras no desaparezca el padecimiento y el asegurado mantenga este carácter.

Sección Cuarta De la atención en el ramo de maternidad

Artículo 60. El derecho a recibir la asistencia obstétrica necesaria comenzará a partir del día en que el Instituto certifique el estado de embarazo, momento en el cual se determinará la fecha probable del parto de acuerdo con los criterios técnico-médicos y el cómputo de los días de incapacidad a la asegurada a que se refiere el artículo 101 de la Ley.

Artículo 61. La ayuda para lactancia consistente en el suministro por parte del Instituto de un sucedáneo de leche humana para el hijo de la asegurada o de la esposa o concubina del asegurado o pensionado, o a falta de éstos a la persona encargada de alimentar al niño. Esta prestación se proporcionará durante seis meses en el primer año de vida; iniciándose de preferencia después de los 4 a 6 meses de edad del niño o antes, previa valoración por el médico tratante del Instituto, para definir el sucedáneo de leche más apropiado.

Artículo 62. La canastilla de maternidad, cuyo importe será señalado por el Consejo Técnico, la entregará el Instituto cuando el hijo de la asegurada nazca en sus instalaciones, al momento del alta hospitalaria del niño.

Si el nacimiento ocurre en lugar distinto a la Institución, la canastilla se entregará a solicitud de la madre asegurada durante los treinta días naturales posteriores al parto. Transcurrido el plazo anterior sin que medie la solicitud expresa, cesará la obligación del Instituto para otorgar dicha ayuda.

Artículo 63. En caso de parto múltiple, para cada uno de los recién nacidos se proporcionará la ayuda para lactancia y cuando así corresponda, las canastillas respectivas.

Artículo 64. Si el parto ocurre sin que se hubiera comunicado a los servicios médicos institucionales el estado de embarazo, la asegurada sólo tendrá derecho a un certificado de incapacidad médica por maternidad de posparto y a las prestaciones en especie que correspondan a partir del momento en que haya acudido, se verifique su condición de puerpera por parte de los servicios médicos del Instituto y se acredite su carácter de asegurada. La esposa o concubina del asegurado o pensionado sólo tendrá derecho a las prestaciones en especie.

Sección Quinta De la consulta externa

Artículo 65. Los derechohabientes que tengan la necesidad de utilizar los servicios médicos institucionales deberán acudir a la unidad médica a la que estén adscritos, para ser atendidos por su médico familiar.

El derechohabiente podrá concertar previamente una cita médica vía telefónica en la unidad médica de su adscripción o en forma directa con la asistente médica que corresponda al consultorio que le fue asignado. También podrá concertar directamente con el asistente médico el horario para recibir atención el mismo día en el turno que le corresponda.

Artículo 66. Cuando en el ejercicio de la práctica médica se requiera explorar a un paciente, independientemente de su sexo o edad, invariablemente se hará en presencia del asistente médico o personal de enfermería o, en su caso, de un familiar del paciente.

Tratándose de un derechohabiente menor de edad que acuda a consulta externa deberá estar acompañado de un familiar mayor de edad.

Artículo 67. Los derechohabientes que requieran atención estomatológica podrán ser enviados por su médico familiar o presentarse directamente con el estomatólogo de su unidad médica de su adscripción.

Tratándose de unidades médicas de primer nivel que cuenten con servicio de trabajo social, nutrición y psicología, los derechohabientes que requieran de estos servicios, podrán presentarse directamente a solicitar su cita o ser enviados por su médico familiar.

Artículo 68. Si el médico familiar, con base en los estudios clínicos, estima que la atención del problema médico de un derechohabiente lo requiere, éste será enviado a interconsulta al médico no familiar de la propia unidad, o a la unidad médica de apoyo correspondiente, conforme a lo dispuesto en el Capítulo III, del presente Título.

Artículo 69. El médico tratante, atendiendo a la naturaleza de una enfermedad, podrá enviar al paciente al servicio de urgencias que corresponda, para su atención médica inmediata.

Artículo 70. La atención médica a cargo del médico no familiar se otorgará por el lapso que sea necesario para resolver o controlar el problema médico que haya motivado la referencia del derechohabiente, de tal manera que después de ésta, el paciente quedará otra vez al cuidado de su médico familiar.

El médico no familiar que hubiera atendido al paciente enviado a otro servicio de la misma unidad o a otra unidad médica del mismo o de distinto nivel, deberá informar al médico familiar a través de los formatos institucionales del tratamiento que le haya sido realizado a aquél y, en su caso, el tratamiento a seguir.

El médico familiar atenderá al paciente de aquellos padecimientos diferentes a los que motivaron su referencia a otras especialidades.

Artículo 71 El médico tratante, en todos los casos, deberá dejar constancia de sus atenciones en los registros clínicos y formatos de control institucional, en los términos que se establecen en los artículos 6 y 8 del presente Reglamento, y si es el caso, dejará constancia de la expedición de certificado de incapacidad temporal para el trabajo, de conformidad con las disposiciones aplicables.

Artículo 72. El paciente deberá cumplir con las indicaciones del médico tratante, en lo relativo a la terapéutica médica, régimen alimenticio, de reposo y a las demás prescripciones que se le indiquen.

Artículo 73. El médico está obligado a comunicar a su jefe inmediato, los casos de probable simulación de una enfermedad por parte del derechohabiente, a fin de que se proceda en los términos administrativos y legales que correspondan.

Sección Sexta De la atención domiciliaria

Artículo 74. El servicio de atención médica domiciliaria se podrá proporcionar a los derechohabientes por los médicos adscritos a la unidad de medicina familiar correspondiente, sólo cuando se encuentren imposibilitados física o psíquicamente para acudir a los servicios de consulta externa.

Artículo 75. La atención médica domiciliaria deberá solicitarse en la unidad médica de adscripción o por vía telefónica, proporcionando todos los datos necesarios para facilitar al Instituto la comprobación de los derechos de la persona que solicita la atención.

Artículo 76. La persona que solicite el servicio de atención médica domiciliaria deberá proporcionar toda la información que permita la localización del domicilio del paciente, inclusive algunas referencias que faciliten dicha localización y la propia visita del médico. Si fuera necesario, a juicio del Instituto, algún familiar o persona conocida deberá acompañar al médico de la unidad de adscripción al domicilio del paciente.

Artículo 77. Al realizar la visita domiciliaria el médico se identificará previamente y solicitará los documentos que acrediten la identidad del paciente como asegurado o beneficiario.

Artículo 78. Si el enfermo no se encontrara en el domicilio señalado al presentarse el médico, éste dejará constancia de tal hecho en el expediente respectivo y podrá concederse otra visita domiciliaria siempre que justifique el enfermo o su familiar el motivo de la ausencia, ante el personal autorizado de la unidad de medicina familiar correspondiente.

Artículo 79. El goce de los servicios de atención médica domiciliaria implica la obligación de parte del enfermo y de sus familiares, de permitir el acceso domiciliario para la práctica de las visitas que sean necesarias por parte del personal médico o paramédico.

Artículo 80. Cuando a juicio del médico tratante que realiza la visita médica domiciliaria, considere necesario hospitalizar al paciente, lo comunicará a los familiares y al propio paciente y elaborará la documentación administrativa correspondiente para tal efecto.

Artículo 81. Las solicitudes y visitas médicas domiciliarias se ajustarán a los días y horarios establecidos por el Instituto, para las unidades de medicina familiar.

Sección Séptima De la hospitalización

Artículo 82. El servicio de hospitalización se establece para los casos en que por la naturaleza de la enfermedad o del tratamiento a que deba sujetarse el derechohabiente, a juicio del médico tratante, se indique su internamiento en unidades hospitalarias de segundo nivel, de acuerdo con lo establecido por el Instituto en cada Área Médica, o en la unidad médica de tercer nivel con la especialidad requerida, con la que existan acuerdos institucionales de gestión.

Artículo 83. Para efectos de lo establecido en el artículo 87 de la Ley, la hospitalización del derechohabiente se hará mediante orden de internamiento expedida por el médico tratante y a través del servicio de admisión hospitalaria, requiriendo la autorización escrita del paciente o familiar, representante legal o de la autoridad legalmente competente.

Artículo 84. A juicio del médico tratante, procederá la hospitalización en cualquiera de los casos siguientes:

- I. Cuando la enfermedad requiera atención o asistencia médico-quirúrgica que no puedan ser proporcionadas en forma ambulatoria, y
- II. Cuando el estado de salud del paciente requiera la observación constante o un manejo que sólo pueda llevarse a efecto en una unidad hospitalaria.

En caso de negativa por parte del paciente a hospitalizarse, el Instituto no asumirá responsabilidad alguna sobre los daños a la salud que se deriven de dicha negativa y, en su caso, de la falta de expedición de los certificados de incapacidad temporal para el trabajo.

Artículo 85. Las visitas a los pacientes hospitalizados en las unidades médicas del Instituto se sujetarán a las disposiciones que señale la normatividad correspondiente.

Artículo 86. El tiempo de duración de la hospitalización de los pacientes deberá ser el estrictamente necesario para resolver las condiciones clínicas que lo hayan motivado.

Artículo 87. Cuando un derechohabiente, por propia decisión y bajo su responsabilidad, sea internado en una unidad hospitalaria que no pertenezca al Instituto, éste quedará relevado de toda responsabilidad, salvo la relacionada con la expedición del certificado de incapacidad temporal para el trabajo a que tuviere derecho.

Artículo 88. Cuando fuera necesario el tratamiento quirúrgico del paciente se requerirá el consentimiento informado del mismo, por escrito en el formulario establecido, o de su familiar o representante legal cuando el enfermo no pueda hacerlo, salvo que se trate de casos de urgencia, a los que se aplicará la normatividad establecida en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

En caso de negativa del paciente para otorgar la autorización para asistencia médica y, en su caso, quirúrgica, se anotará invariablemente en el expediente clínico, y se recabará la firma del mismo o del familiar o de su representante legal, de que se les comunicó las repercusiones desfavorables que dicha decisión tiene en su condición de salud y la evolución de su padecimiento y, de así proceder, se otorgará el alta hospitalaria, liberando de cualquier responsabilidad al Instituto sobre los eventuales daños que deriven de dicha negativa.

Artículo 89. En caso de ser necesario un transplante de órganos se cumplirá con lo que para tal efecto dispone el Título Décimo Cuarto, Capítulo III, de la Ley General de Salud.

Sección Octava Del servicio de urgencias

Artículo 90. Las unidades médicas institucionales, en los casos en que el derechohabiente solicite atención en los servicios de urgencias por presentar problemas de salud que pongan en peligro la vida, un órgano o una función, deberán proporcionar atención médica inmediata.

Artículo 91. Si por la índole del padecimiento, el paciente necesita permanecer en el área de observación del servicio de urgencias, se le otorgará la atención médica hasta por un lapso máximo de doce horas, contado a partir del momento de su ingreso, tiempo durante el cual se determinará su egreso o continuidad de su atención en hospitalización.

Artículo 92. Al egreso del derechohabiente del servicio de urgencias, el médico tratante deberá enviar al médico familiar o no familiar, según corresponda, en los formatos establecidos, la información sobre la atención médica otorgada.

Sección Novena De la expedición de certificados de defunción

Artículo 93. En la expedición de los certificados de defunción se observarán las reglas siguientes:

- I. Cuando un paciente fallezca al ser atendido en la unidad médica del Instituto, el médico tratante expedirá el certificado de defunción para los efectos legales y administrativos correspondientes;
- II. Si el paciente fallece previamente a su arribo o a su atención en una unidad médica institucional, el Instituto deberá hacer acopio de los antecedentes que existan en su expediente clínico para determinar fehacientemente si procede o no la expedición del certificado de defunción por el médico familiar o no familiar.
De no proceder la expedición del certificado de defunción del paciente por carecer de antecedentes en su expediente clínico, o existir lesiones como consecuencia de traumatismos o violencia se dará aviso al Ministerio Público, y
- III. Si el paciente fallece en su domicilio, el médico en turno de la unidad familiar, verificará el deceso y hará acopio de los antecedentes de su expediente clínico, procediendo de acuerdo a lo establecido en la fracción II de este artículo.

En los supuestos de las fracciones I y II de este artículo, los familiares del paciente que fallezca deberán efectuar los trámites correspondientes para su inhumación dentro del plazo que señala la Ley General de Salud; de no ser así, el cadáver será puesto a disposición de las autoridades competentes.

Los servicios médicos del Instituto podrán practicar la necropsia al cadáver cuando ofrezca algún interés para la docencia e investigación clínica, y podrán solicitar la donación de órganos o tejidos para fines terapéuticos, siempre y cuando no exista impedimento legal y previamente se recabe por escrito la autorización de quien legalmente corresponda, en términos de la Ley General de Salud.

Capítulo III Del traslado de pacientes

Sección Primera Generalidades

Artículo 94. Cuando para la atención de un derechohabiente no se disponga en las unidades médicas de una Área Médica, de los especialistas o de los medios de diagnóstico o terapéuticos necesarios, se procederá al traslado del paciente al hospital general de subzona, zona o regional, de conformidad con el esquema de regionalización de los servicios de atención médica determinados para cada Área Médica, o a la unidad médica de alta especialidad que corresponda, previa la verificación de la vigencia de derechos por el área competente.

Cuando para la atención de un derechohabiente sea necesario el traslado a otra unidad médica de alta especialidad, por carecer o no estar disponibles los servicios o recursos tecnológicos en la unidad de referencia, ésta procederá a su envío, de conformidad con la normatividad establecida.

Artículo 95. Tendrán derecho a los beneficios que establece el presente Capítulo, los asegurados y pensionados, así como sus respectivos beneficiarios, mientras conserven derecho a los servicios médicos en las condiciones y plazos a que se refiere la Ley.

Artículo 96. Los sujetos de aseguramiento a que se refiere el artículo 13 de la Ley, así como sus beneficiarios, cuando requieran ser referidos de las unidades de atención médica de su adscripción a las de apoyo definidas en la regionalización de servicios, determinadas para las Áreas Médicas, tendrán derecho a los beneficios que establece el presente Capítulo, en los términos de los convenios de incorporación y del Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización. Los mismos beneficios se otorgarán a los sujetos señalados en los artículos 236, 237 y 240 de la propia Ley.

Artículo 97. Para los efectos de la aplicación del presente Capítulo, no se entenderá como traslado de pacientes, cuando la residencia del trabajador o beneficiario y la unidad médica a la que sea enviado por su médico de adscripción para tratamiento, sea en la misma población o haya continuidad urbana, aun cuando se trate de circunscripciones diferentes o bien cuando entre una y otra localidad haya servicio regular de transporte urbano o suburbano.

Tampoco se considerará traslado de pacientes, cuando el Instituto no disponga de una unidad de medicina familiar o no pueda proveerle dichos servicios en la localidad de residencia del derechohabiente, y le sea asignada la de otra localidad cercana.

Artículo 98. El director de la unidad remitente autorizará la presencia de un acompañante para el derechohabiente enfermo, en los casos siguientes:

- I. Pacientes menores de 16 años o mayores de 65 años que no puedan valerse por sí mismos;
- II. Pacientes con padecimientos neuropsiquiátricos;
- III. Pacientes con padecimientos invalidantes;
- IV. Pacientes trasladados por presentar una urgencia médica;
- V. Pacientes programados para cirugía de alta especialidad, y

VI. Pacientes con padecimientos que pongan en riesgo su vida.

Artículo 99. La persona designada como acompañante del paciente deberá tener capacidad de decisión y en los casos que proceda, la representación legal de éste, a efecto de autorizar al Instituto el tratamiento médico, quirúrgico o cualquier procedimiento que requiera o deba aplicarse al trasladado.

Sección Segunda De la ayuda de viáticos y pasajes

Artículo 100. Para los efectos del presente Reglamento, se entenderá por viáticos la ayuda que el Instituto otorga al derechohabiente trasladado para cubrir en parte sus necesidades de alimentación y alojamiento, en un lugar diferente al que resida y al de la unidad médica del Instituto que autorice su traslado.

Artículo 101. Se establece como monto de ayuda para viáticos por persona y por día, el importe de un salario mínimo general diario vigente en el Distrito Federal, cuando el traslado implique la necesidad de alojamiento y de los tres alimentos.

Artículo 102. El acompañante que haya sido autorizado por el Instituto tendrá derecho al pago de pasajes y de ayuda para viáticos, en los términos del artículo anterior.

Artículo 103. En caso de traslado, el asegurado, pensionado o beneficiario recibirá en la unidad médica remitente, la cantidad en efectivo necesaria para el pago de pasajes en autobús que le permita transportarse hasta el lugar en donde el Instituto le brindará la atención o servicios que requiera. La cantidad cubrirá el importe de los pasajes de ida y vuelta.

El director de la unidad, bajo su responsabilidad, podrá autorizar otro medio de transporte, considerando la opinión del médico tratante y las condiciones médicas del paciente.

Artículo 104. No se pagarán pasajes cuando el traslado se efectúe por medio del transporte institucional o contratado directamente por el mismo Instituto.

Artículo 105. Quedan excluidos de los beneficios económicos que establece el presente capítulo, los asegurados y pensionados, así como sus beneficiarios, que soliciten y obtengan los servicios de atención médica en una unidad diversa a la de su adscripción, si no han sido trasladados oficialmente por una unidad médica remitente, salvo que se trate de un caso de urgencia.

Artículo 106. En los supuestos del artículo 97 del presente Reglamento, no procederá el pago de ayuda de viáticos y pasajes.

Sección Tercera De los casos especiales

Artículo 107. Los asegurados que por motivo de su trabajo tengan que desplazarse a distintas entidades federativas, recibirán atención médica fuera de su unidad de adscripción al identificarse a satisfacción del Instituto y presentar constancia de la vigencia de sus derechos expedida por los órganos institucionales competentes. Asimismo, en caso de ser necesario el traslado del derechohabiente, se seguirá el trámite que señala este capítulo conforme al criterio médico y a las disposiciones administrativas aplicables.

Artículo 108. Si ocurriera el fallecimiento de un paciente en la unidad médica a la que fue enviado, ésta procederá a realizar los trámites legales y administrativos que correspondan.

En caso de que el fallecimiento se produzca durante el traslado del paciente en transporte institucional o contratado directamente por el mismo Instituto, la unidad remitente será la que se encargue de los trámites referidos.

Capítulo IV De la asistencia farmacéutica y los cuadros básicos de insumos para la salud

Sección Primera De la asistencia farmacéutica

Artículo 109. La asistencia farmacéutica a que se refieren los artículos 3 y 28 de este Reglamento, proveerá a los derechohabientes de los medicamentos y agentes terapéuticos prescritos en los recetarios oficiales, por los médicos tratantes del Instituto. Dichos medicamentos y agentes terapéuticos serán surtidos en las farmacias del Instituto.

Artículo 110. El médico tratante pondrá especial cuidado en la cuantificación de los medicamentos que prescriba, tomando en cuenta la naturaleza, evolución y control de la enfermedad.

Artículo 111. Para la prescripción de medicamentos, el médico tratante se ajustará al Cuadro Básico de Medicamentos del Instituto.

La prescripción y dotación de medicamentos fuera del Cuadro Básico del Instituto, se realizará en aquellos casos que excepcionalmente se requieran para la atención de un derechohabiente, con apego a las normas y requisitos que para tal efecto emita el Consejo Técnico.

Sección Segunda De los cuadros básicos de insumos para la salud

Artículo 112. El Instituto proporcionará los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios a sus pacientes, utilizando insumos de calidad, contenidos en los cuadros básicos de insumos para la salud, relacionados con:

- I. Medicamentos;
- II. Auxiliares de Diagnóstico;
- III. Instrumental y Equipo Médico, y
- IV. Material de Curación.

Así como los que se consideren en los cambios y adiciones a los cuadros básicos mencionados.

Con motivo de la prestación de los servicios hospitalarios que se mencionan en el primer párrafo de esta disposición, el Instituto proporcionará a los pacientes, los alimentos incluidos en el Cuadro Básico Institucional de Alimentos.

Artículo 113. En la selección de los insumos para la salud, considerados en el Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud, el Instituto, a través del órgano normativo competente, tomará en cuenta las solicitudes y necesidades del personal de salud que otorga servicios en los tres niveles de atención médica, así como los avances científicos y tecnológicos para el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud.

Artículo 114. El Instituto, a través del Sistema Institucional de Farmacovigilancia del órgano normativo competente y en coordinación con las autoridades sanitarias, realizará las acciones de vigilancia de efectos adversos de medicamentos, y desarrollará un sistema propio de vigilancia de los otros insumos para la salud.

Artículo 115. El Instituto, a través del órgano normativo competente, se coordinará con la Secretaría de Salud y con otras entidades del sector, con el propósito de mantener permanentemente actualizado el Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud.

TITULO QUINTO DE LA ATENCIÓN A NO DERECHOHABIENTES

Capítulo Único

Artículo 116. El Instituto proporcionará los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios a los no derechohabientes en los términos que establece la Ley, los acuerdos que en la materia emita el Consejo Técnico, su disponibilidad y sin perjuicio de su capacidad financiera o de los servicios a su población derechohabiente.

En el caso de la población no asegurada que se encuentre incorporada al Programa IMSS-Oportunidades, el Instituto proporcionará los servicios de salud conforme a las Reglas y Lineamientos Generales de Operación de dicho Programa, para lo cual deberá contar con los recursos presupuestarios suficientes provenientes del Presupuesto de Egresos de la Federación, en cumplimiento a lo previsto en los artículos 216 A, fracción III, y 250 A de la Ley.

Artículo 117. El Instituto otorgará atención médica de urgencia a los no derechohabientes en cualquiera de sus unidades médicas, hasta su estabilización o egreso por mejoría, defunción, traslado o referencia a la unidad médica del sector público que corresponda o del sector privado que el usuario o su familia determinen.

El tipo y la amplitud de los servicios, así como las unidades médicas o establecimientos en las que se provea, la atención médica, estarán determinados en los convenios que en los términos de la Ley se celebren.

El servicio se otorgará atendiendo a lo dispuesto en la Ley, la Ley General de Salud, y la normatividad institucional aplicable para el cobro a no derechohabientes.

Artículo 118. El Instituto efectuará los registros, anotaciones y certificaciones relativas a la atención a la salud otorgada a los no derechohabientes, en los términos previstos en los artículos 6 y 8 del presente Reglamento.

Artículo 119. Para la prestación de los servicios médicos el no derechohabiente deberá cumplir con los requisitos que establecen la Ley y sus reglamentos, debiendo presentar a satisfacción del Instituto, para acreditar su identidad, un documento oficial con fotografía.

Artículo 120. Los convenios a que hacen referencia los artículos 89, fracción IV, y 251, fracción XXXII, de la Ley, serán suscritos de conformidad con la disponibilidad institucional y sin perjuicio de su capacidad financiera y de la prestación de los servicios a sus derechohabientes.

Respecto de los no derechohabientes, la continuación de la prestación de los servicios a que hacen referencia los artículos 216 A y 250 A de Ley, se hará en las instalaciones que para tal efecto designe el Instituto, mientras continúen recibiendo los recursos a que hacen referencia dichos artículos .

Para el caso de los no derechohabientes a que hace alusión el artículo 251, fracción XXXVI de la Ley, la atención se otorgará conforme a los lineamientos que emita el Consejo Técnico, por las unidades médicas

que justifiquen plenamente ante las áreas normativas competentes la posibilidad de estas atenciones, sin menoscabo en la cobertura y acceso a sus servicios por parte de los derechohabientes.

Para los no derechohabientes que estuvieran recibiendo atención en unidades médicas que se encuentren en los supuestos del artículo 10 de este Reglamento, el Instituto proveerá en otra unidad los servicios que fueron convenidos, sólo hasta la estabilización y posibilidad de egreso del paciente, facturándose por los servicios otorgados y liberando de responsabilidad al Instituto de la continuidad de la atención pactada mediante convenios celebrados con la unidad médica que suspendió temporal o definitivamente su funcionamiento.

Artículo 121. El servicio médico se proporcionará a los no derechohabientes exclusivamente en forma directa por el Instituto.

Artículo 122. Los actos u omisiones del no derechohabiente, que impliquen la comisión de un probable delito en perjuicio del Instituto o que causen daño a los intereses de éste, además de que deberán de ser denunciados a quien corresponda, darán motivo, a juicio del Instituto, a la suspensión en el goce de la atención médica.

Artículo 123. Además de lo establecido en el artículo anterior, serán causales de suspensión de los servicios médicos a los no derechohabientes los siguientes elementos:

- I. Incumplimiento de los convenios de colaboración y cooperación por parte de las organizaciones o instituciones públicas de salud a que se hace mención en los artículos 89, fracción IV, y 251, fracción XXXII, de la Ley, así como por término de la vigencia de los mismos, y
- II. Incumplimiento en el pago de servicios por particulares, derivado de atenciones otorgadas en el marco del artículo 251, fracción XXXVI de la Ley, mismo que por causar daño al Instituto dará lugar a que éste ejerza las acciones legales que correspondan ante las instancias competentes.

Artículo 124. Las quejas de los no derechohabientes en relación con los servicios médicos institucionales y respecto del personal involucrado del Instituto, deberán presentarse conforme a lo dispuesto en el Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Artículo 125. Cuando el no derechohabiente requiera recibir los servicios que el Instituto se haya comprometido a otorgarle, deberá presentarse en la unidad médica o instalación que se le hubiese designado o, en su caso, en la que se hayan convenido los servicios, en los días y horas establecidos, exhibiendo los documentos que acrediten su identidad y derecho a recibir la atención, respetando en todo momento las disposiciones que en la materia emita el Instituto.

Artículo 126. Para los no derechohabientes con obligación de pago de servicios, las recaídas y complicaciones se considerarán como eventos independientes sujetos de facturación y cobro por las atenciones que procedan.

Artículo 127. Los no derechohabientes a que hace mención el tercer párrafo del artículo 120 de este Reglamento, podrán recibir la atención hospitalaria y quirúrgica integral, incluidos servicios profesionales, medicamentos y auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y demás insumos para la salud, mismos que serán facturados en forma individual y a través de los procedimientos administrativos y contables que para tal fin se establezcan. Eventualmente y por necesidades específicas de los servicios, podrá solicitarse a estos pacientes o sus familiares que por su cuenta adquieran los medicamentos, así como las prótesis internas o externas, que se consideren necesarias para su atención dentro del Instituto.

Para las atenciones tales como los pacientes ambulatorios en consulta externa o posterior a su egreso hospitalario, el Instituto realizará y facturará los servicios profesionales y auxiliares de diagnóstico y tratamiento que otorgue en forma directa, y corresponderá al paciente adquirir los medicamentos, material de curación, insumos para la salud y todos aquellos aditamentos y recursos que requiera para su atención domiciliaria, así como sufragar los gastos derivados por servicios otorgados por terceros.

Artículo 128. En el caso de la consulta externa para no derechohabientes se realizarán las acciones conducentes estipuladas en los convenios respectivos y, para aquellos que a título oneroso hagan uso de los servicios, se les informará a efecto de que, conforme a la disponibilidad institucional, decidan la continuidad de la atención que requieran, seleccionando la unidad médica correspondiente y, suscribiendo con ésta el contrato respectivo.

Artículo 129. El Instituto otorgará a los no derechohabientes, en edad fértil, siempre que ellos lo demanden, métodos anticonceptivos temporales o definitivos y para lo cual será indispensable la obtención del consentimiento informado.

En caso de procedimientos anticonceptivos definitivos tales como oclusión tubaria bilateral o vasectomía, en los que se llegara a presentar alguna complicación durante su realización, el Instituto otorgará la atención requerida hasta su resolución.

Artículo 130. La hospitalización de no derechohabientes se sujetará a lo que se estipule en los convenios y contratos que en términos de la Ley y del presente Reglamento se celebren. Dicha hospitalización se hará mediante orden de internamiento expedida por el médico tratante y a través del servicio de admisión hospitalaria, atendiendo a lo dispuesto en el artículo 84 del presente Reglamento.

Artículo 131. El servicio de urgencias a no derechohabientes se otorgará atendiendo a lo dispuesto en la Ley, la Ley General de Salud y la normatividad institucional aplicable para el cobro a no derechohabientes.

Los convenios establecerán los procedimientos conducentes; asimismo, para aquellos que a título oneroso accedan a los servicios, se aplicarán los mecanismos que el Instituto determine para garantizar el pago de los mismos.

Según sea el caso, los no derechohabientes podrán ser derivados a la institución de salud que les corresponda, facturándose las atenciones otorgadas. Cuando a título oneroso se solicite, o bien, por cursar con un estado de gravedad que ponga en riesgo la vida, se requiera la continuación de la atención, se aplicarán los mecanismos que determine el Instituto para garantizar el pago.

En el caso de que el no derechohabiente desarrolle muerte cerebral y done sus órganos en beneficio de uno o más pacientes derechohabientes, se atenderá a lo dispuesto en la Ley General de Salud y la normatividad institucional aplicable.

Artículo 132. En el supuesto de que un no derechohabiente fallezca al ser atendido en la unidad médica del Instituto, el médico tratante expedirá el certificado de defunción del paciente para los efectos legales y administrativos correspondientes. Si el fallecimiento ocurre previamente a recibir atención médica, invariablemente se dará aviso al Ministerio Público. Asimismo, se dará dicho aviso en caso de existir lesiones como consecuencia de traumatismos o violencia.

Los familiares del paciente que fallezca deberán efectuar los trámites correspondientes para su inhumación dentro del plazo que señala la Ley General de Salud; de no ser así, el cadáver será puesto a disposición de las autoridades competentes.

Los servicios médicos del Instituto podrán practicar la necropsia al cadáver cuando ofrezca algún interés para la docencia e investigación clínica, y podrán solicitar la donación de órganos o tejidos para fines terapéuticos, siempre y cuando no exista impedimento legal y previamente se recabe por escrito la autorización de quien legalmente corresponda, en términos de la Ley General de Salud.

Artículo 133. Tratándose de no derechohabientes, el traslado del paciente se sujetará a los términos que se establezcan en los convenios que se celebren; los que accedan a los servicios a título oneroso pagarán en forma directa los gastos derivados de los traslados para su atención, de conformidad con las disposiciones institucionales que se emitan en esta materia.

Artículo 134. El Instituto otorgará la vigilancia y atención del embarazo, parto y puerperio a las no derechohabientes atendidas en sus unidades médicas. Para ello, se realizarán acciones médicas de educación, prevención y protección específica, tendentes a mantener o restaurar la salud de la madre y del recién nacido, las que se sujetarán a lo que se estipule en los convenios y contratos que en términos de la Ley y del presente Reglamento se celebren.

Artículo 135. Para el caso de los no derechohabientes, los convenios establecerán lo conducente en relación con la asistencia farmacéutica, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 127 del presente Reglamento, la normatividad para el cobro a no derechohabientes y las disposiciones que en la materia emita el Consejo Técnico.

Artículo 136. Para el caso de los no derechohabientes atendidos en el marco de los convenios que se celebren, la prescripción de medicamentos se sujetará exclusivamente al Cuadro Básico respectivo. En los casos de aquellos que a título oneroso contraten los servicios institucionales, la prescripción podrá incluir medicamentos fuera de Cuadro Básico, los cuales serán proporcionados al Instituto por el paciente o su familiar cuando se trate de atenciones intrahospitalarias.

TÍTULO SEXTO DE LA EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO A LOS ASEGURADOS DEL RÉGIMEN OBLIGATORIO

Capítulo I Generalidades

Artículo 137. Se considera incapacidad temporal para el trabajo, la pérdida de facultades o aptitudes físicas o mentales que imposibilitan parcial o totalmente al asegurado para desempeñar su actividad laboral habitual por algún tiempo.

Artículo 138. El certificado de incapacidad temporal para el trabajo es el documento médico legal, que expide en los formatos oficiales el médico tratante o el estomatólogo del Instituto al asegurado, para hacer constar la incapacidad temporal para el trabajo y que, al expedirse en los términos del presente capítulo, producirá los efectos legales y administrativos correspondientes de protección al trabajador.

Artículo 139. El médico tratante o estomatólogo del Instituto, al prescribir los días de incapacidad y expedir el certificado de incapacidad temporal para el trabajo, actuará bajo su absoluta responsabilidad y con estricto apego a la Ley, sus reglamentos, las normas institucionales y la ética profesional.

La expedición de estos certificados únicamente los podrá efectuar el médico tratante o estomatólogo y en ejercicio de sus funciones y durante su jornada de trabajo, salvo las excepciones previstas en este Reglamento.

Previo a la expedición del certificado de incapacidad, el asegurado deberá identificarse en los términos establecidos en el artículo 9 de este Reglamento, asentando el médico tratante o estomatólogo, en el recuadro correspondiente del certificado, los datos de la identificación presentada por el asegurado.

Artículo 140. El certificado de incapacidad temporal para el trabajo podrá expedirse por el médico tratante o estomatólogo, con carácter inicial, subsecuente, recaída o enlace, entendiéndose por cada uno de estos lo siguiente:

- I. Inicial. Es el documento que expide el médico al asegurado en la fecha en que se determina por primera vez que su enfermedad lo incapacita temporalmente para el trabajo;
- II. Subsecuente. Es el documento posterior al certificado inicial, que el médico expide al asegurado dado que continúa incapacitado por el mismo padecimiento;
- III. Recaída. Es el certificado de incapacidad que se expide a un asegurado que se encuentra imposibilitado de manera temporal para el desempeño de su trabajo después de haber sido dado de alta por riesgo de trabajo, que requiere de atención médica, quirúrgica, rehabilitación o bien un incremento en su incapacidad parcial permanente otorgada por secuelas del riesgo de trabajo sufrido, y
- IV. Enlace. Es el certificado que se expide cuando el periodo anterior al parto excede a los 42 días, para amparar días excedentes como continuación de incapacidades originadas por enfermedad general, por lapsos renovables, desde uno y hasta un máximo de siete días.

El médico tratante o estomatólogo del Instituto, al expedir el certificado de incapacidad inicial determinará el tiempo probable de días para la recuperación de la enfermedad del asegurado, considerando la historia natural de la enfermedad, su gravedad, el tipo de tratamiento utilizado, la edad, comorbilidad y de manera ineludible, el puesto de trabajo que desempeña.

En los casos en que el periodo de incapacidad rebase el lapso estimado para la recuperación y se requiera de la prescripción de días adicionales de incapacidad, el médico tratante o estomatólogo deberá comunicarlo a su jefe inmediato o a quien en su ausencia funja como tal, para que conjuntamente se realice la evaluación clínica del caso, se determinen los días adicionales y las acciones necesarias para lograr la reintegración laboral del paciente. Los certificados de incapacidad temporal para el trabajo subsecuentes o de recaída en esta condición, se expedirán invariablemente con la autorización del jefe inmediato o de quien en su ausencia funja como tal.

Artículo 141. El certificado de incapacidad temporal para el trabajo deberá expedirse tratándose de enfermedad general o riesgo de trabajo considerando días naturales y atendiendo los siguientes criterios:

- I. El médico adscrito a los servicios de urgencia podrá expedir certificados de incapacidad temporal para el trabajo, únicamente por el plazo de uno a tres días;
- II. El estomatólogo podrá expedir certificados de incapacidad temporal para el trabajo, únicamente por el plazo de uno a siete días, y
- III. El médico familiar o no familiar podrá expedir certificados de incapacidad temporal para el trabajo, por el plazo de uno a veintiocho días.

En caso de que se expidan certificados de incapacidad temporal por riesgo de trabajo y el padecimiento agote el término de 52 semanas, se deberá dictaminar la incapacidad permanente o el alta para laborar, de acuerdo con lo establecido en la fracción I del artículo 58 de la Ley.

Artículo 142. En los casos en que el asegurado haya acudido ante el médico o estomatólogo del Instituto y no se le haya expedido el certificado de incapacidad con carácter de inicial, subsecuente, recaída o enlace que corresponda, el médico tratante o estomatólogo, en los términos establecidos en el artículo anterior, expedirá el documento que ampare el número de días naturales que proceda con la autorización del Director de la Unidad Médica o, en su ausencia, por la persona que lo sustituya, previo análisis de los antecedentes y del expediente clínico. En el supuesto previsto en esta disposición, no se aplicará lo dispuesto en el Capítulo III, del Título Sexto del presente Reglamento.

Artículo 143. En los casos de incapacidad por maternidad, el lapso que se acredite se determinará en días naturales. Tratándose del certificado de incapacidad prenatal comprenderá los 42 días anteriores a la fecha que se señale como probable del parto.

Cuando la fecha probable del parto determinada por el médico no concuerde con la real de aquél, los certificados de incapacidad que se expidan antes del parto y después del mismo, deberán ajustarse a lo siguiente:

- I. Si el periodo anterior al parto excede a los 42 días, para amparar los días excedentes se expedirán certificados de enlace por enfermedad general, por lapsos renovables, desde uno y hasta un máximo de siete días, en los términos establecidos en la fracción IV del artículo 140 de este Reglamento requiriendo el médico o estomatólogo de la autorización de su jefe inmediato o de quien en su ausencia funja como tal, a partir del segundo periodo de siete días, y
- II. En los casos en que el parto ocurra durante el periodo de la incapacidad prenatal, el subsidio corresponderá únicamente a los días transcurridos; los días posteriores amparados por este certificado pagados y no disfrutados serán ajustados respecto del certificado de incapacidad posparto, cuando la asegurada no haya estado bajo control y tratamiento médico institucional o cuando se trate de producto prematuro.

El certificado de incapacidad posparto se expedirá invariablemente por 42 días a partir de la fecha del parto.

Las disposiciones anteriores se aplicarán exclusivamente a mujeres aseguradas.

Artículo 144. En el caso de que los servicios médicos del Instituto ordenen el traslado de un asegurado para su atención médica de una unidad a otra, y éste se encuentre incapacitado para laborar, el certificado de incapacidad temporal para el trabajo, deberá ser expedido inicialmente por el médico o estomatólogo que envía al enfermo y amparará el periodo necesario para la llegada del paciente a su destino y consulta respectiva. El médico o estomatólogo que reciba al paciente expedirá el certificado de incapacidad temporal para el trabajo subsecuente, a partir de la fecha siguiente a la que expire el plazo cubierto por el certificado expedido previamente, anotando en el recuadro correspondiente el diagnóstico y la validación o rectificación del tiempo probable de días para su recuperación, considerando lo establecido en el artículo 139 de este Reglamento.

Artículo 145. Si el asegurado enferma en circunscripción distinta a la de su adscripción, y en ella existen servicios del Instituto, deberá acudir a la unidad de atención médica más cercana. En este caso, el médico tratante expedirá el certificado de incapacidad temporal para el trabajo respectivo, siempre que la enfermedad del paciente le impida desempeñar su trabajo, con la autorización previa del Director de la Unidad Médica o de la persona que en su ausencia funja como tal, quien hará del conocimiento de la Unidad Médica de adscripción del asegurado estos hechos.

En caso de hospitalización del asegurado en servicios médicos no institucionales ubicados en la circunscripción a la que está adscrito o en otra donde existan servicios médicos del Instituto, el asegurado o su familiar deberá dar aviso de su enfermedad al Director o a la persona que en su ausencia funja como tal en la Unidad Médica del Instituto a la que está adscrito o a la más cercana al lugar en donde se encuentre hospitalizado, en un lapso no mayor de 72 horas a partir del día de su hospitalización. El Director de la Unidad Médica del Instituto enviará un médico o gestionará la visita por parte de la unidad más cercana, para que verifique si el paciente está hospitalizado, su enfermedad, su estado de incapacidad y, de ser procedente, se expida el certificado de incapacidad temporal para el trabajo correspondiente.

Artículo 146. Si el asegurado enferma o se hospitaliza en circunscripción donde no existan los servicios médicos institucionales, el aviso de la enfermedad que le impida laborar, deberá reportarlo, por sí o a través de alguna persona o familiar, al Director de la Unidad Médica del Instituto más cercana al sitio en que se encuentre, dentro de los siete días naturales siguientes al inicio de la enfermedad o de la hospitalización.

El certificado de incapacidad temporal para el trabajo respectivo se otorgará después de que el servicio médico del Instituto hubiere comprobado plenamente la imposibilidad física o mental del asegurado para

trabajar, debiendo contener en todos los casos, firma y fecha de autorización del Director de la referida Unidad, quien hará del conocimiento de la unidad de adscripción del asegurado estos hechos.

Artículo 147. Podrán expedirse certificados de incapacidad temporal para el trabajo en reposición de otros, en los siguientes casos:

- I. Si el asegurado extravía su copia o el duplicado correspondiente al patrón, y requiere se le reponga, y
- II. Cuando el extravío del original le suceda al personal institucional.

En ambos casos se deberá solicitar la reposición por escrito al Director de la Unidad Médica de adscripción del asegurado, quien en forma conjunta con los servicios institucionales de prestaciones económicas, verificará la procedencia de dicha reposición en los términos establecidos en los procedimientos vigentes.

En caso de proceder la reposición, el médico tratante, estomatólogo o el jefe inmediato de éstos, reexpedirá el certificado, registrando el evento en el expediente clínico. De igual manera el Director de la Unidad Médica dará aviso del extravío del certificado de incapacidad anterior a los servicios institucionales de prestaciones económicas y ordenará la cancelación del original o las copias que existan del certificado de incapacidad temporal extraviado.

Artículo 148. En los casos en los que exista traslape de días de incapacidad entre dos certificados de incapacidad temporal para el trabajo, los servicios institucionales de prestaciones económicas realizarán los ajustes correspondientes en cuanto al pago de subsidios.

Artículo 149. Si el asegurado se niega a ser hospitalizado o abandona sin la autorización debida el tratamiento prescrito por el médico tratante o estomatólogo del Instituto, no se le expedirá certificado de incapacidad temporal para el trabajo por este periodo.

Artículo 150. Cuando la enfermedad general incapacite al asegurado para su actividad laboral habitual, se le amparará el tiempo que amerite con certificados de incapacidad temporal para el trabajo desde uno a veintiocho días y hasta el límite de cincuenta y dos semanas, para el mismo padecimiento, registrándose invariablemente el diagnóstico inicial en los certificados de incapacidad subsecuentes.

Se podrán expedir certificados de incapacidad temporal para el trabajo hasta por veintiséis semanas posteriores a las cincuenta y dos antes señaladas, que serán considerados como prórroga, previa revisión del paciente y del expediente clínico por parte del médico tratante y del jefe inmediato o de quien en su ausencia funja como tal.

Artículo 151. En todos los casos, se registrarán en el expediente clínico o nota de referencia y contrarreferencia del asegurado, los siguientes conceptos de los certificados de incapacidad temporal para el trabajo iniciales, subsecuentes, recaídas y enlace:

- I. Diagnóstico;
- II. Folio;
- III. Ramo de seguro;
- IV. Fecha de inicio;
- V. Fecha de expedición del certificado;
- VI. Días que ampara el certificado;
- VII. Días probables para la recuperación de la enfermedad;
- VIII. Días de incapacidad temporal para el trabajo acumulados;
- IX. Nombre del puesto específico de trabajo y centro de trabajo, y
- X. Nombre, firma y matrícula del médico que expide y en su caso, de su jefe inmediato y, en su ausencia, de quien funja como tal.

Cuando el certificado de incapacidad se haya expedido en otra unidad médica distinta a la de la adscripción del asegurado, se incorporará al expediente clínico de su unidad de adscripción la nota respectiva que haga constar la expedición del certificado de incapacidad.

Artículo 152. Los servicios médicos harán llegar dentro de las 24 horas posteriores a su emisión los certificados de incapacidad temporal para el trabajo expedidos en Unidades Médicas de primer nivel y hasta en un máximo de 48 horas los emitidos en los hospitales y Unidades Médicas de Alta Especialidad, a los servicios institucionales de prestaciones económicas correspondientes, a través de relación autorizada por el director de la unidad médica expedidora.

Capítulo II De los casos de riesgos de trabajo

Artículo 153. La expedición de certificados de incapacidad temporal para el trabajo en los casos de riesgos de trabajo, ya sea por accidente o enfermedad de trabajo, deberá ajustarse a las disposiciones siguientes:

- I. En cuanto a los riesgos reclamados como de trabajo, cuando la lesión o enfermedad impidan el desempeño del trabajo, el certificado de incapacidad temporal inicial se expedirá a título de probable riesgo por un periodo de uno y hasta por tres días, para la calificación del riesgo sufrido; si la lesión o enfermedad no impiden el desempeño del trabajo, no deberá expedirse certificado de incapacidad temporal para el trabajo inicial y deberá elaborarse inmediatamente nota o constancia o dictamen de alta por riesgo de trabajo, notificando al asegurado que deberá reintegrarse al trabajo y, en su caso, realizar el trámite de calificación del riesgo a través de un familiar o fuera de su horario de labores, y
- II. Al calificarse el riesgo reclamado como de trabajo, el certificado de incapacidad temporal inicial o de recaída que proceda, se determinará como accidente o enfermedad de trabajo, según corresponda, de acuerdo al procedimiento normativo aplicable.

Artículo 154. Si la lesión derivada de un riesgo de trabajo incapacita para trabajar al asegurado, se le expedirán certificados de incapacidad dentro del término que señala el artículo 58 de la Ley, hasta su alta, emitiendo invariablemente el dictamen de alta por riesgo de trabajo, para su entrega al asegurado, registrándose esto en el expediente clínico o nota médica.

En caso de presentar secuelas discapacitantes derivadas del riesgo de trabajo sufrido, se le dictaminará la incapacidad permanente parcial o total, para los efectos a que se refiere el artículo 61 de la Ley.

Artículo 155. La expedición del certificado de incapacidad temporal para el trabajo posterior al alta médica o dictamen de incapacidad permanente, por agravamiento o complicación del padecimiento, se hará a título de recaída por el mismo riesgo de trabajo en los términos que establece el artículo 62 de la Ley, así como el procedimiento normativo correspondiente.

Artículo 156. En el caso de que un asegurado incapacitado por riesgo de trabajo o recaída se encuentre en condiciones de reintegrarse a su trabajo y sea dado de alta a través del documento institucional correspondiente, deberá suspenderse la expedición de certificados de incapacidad temporal para el trabajo a partir de la fecha en que el médico tratante determine para el reinicio de sus labores.

De igual manera, se suspenderá la expedición de certificados de incapacidad a partir de que se dictamine por el servicio médico institucional de salud en el trabajo, la incapacidad total o parcial permanente, en términos de la Ley y la Ley Federal del Trabajo, o cuando ocurra la muerte del trabajador.

Para los efectos de los casos mencionados en este artículo, cuando durante el periodo comprendido entre el primero de enero y el treinta y uno de diciembre del año de que se trate, el Instituto no tenga conocimiento o registro de información de expedición de certificados de incapacidad temporal para el trabajo subsecuentes o de recaída en un periodo mayor a tres semanas, éstos se considerarán como casos de riesgos de trabajo terminados. Asimismo, los casos dictaminados con incapacidad permanente o defunción por riesgos de trabajo por laudos o convenios se considerarán como casos terminados a partir de la fecha en que se dictaminen o reclamen ante el Instituto. Lo anterior a efecto de que los patrones puedan determinar su siniestralidad y calcular la prima que deberán pagar en el seguro de riesgos de trabajo.

Capítulo III De la retroactividad

Artículo 157. El certificado de incapacidad temporal para el trabajo con efecto retroactivo es el documento que con carácter inicial, subsecuente o recaída se otorga al asegurado para amparar una incapacidad ocurrida en fecha anterior a aquella en que tenga conocimiento el médico tratante o estomatólogo del Instituto o en este mismo caso, para cubrir tiempo no amparado entre dos certificados de incapacidad expedidos con anterioridad.

Artículo 158. Cuando el asegurado solicite que se le expida certificado de incapacidad temporal para el trabajo para cubrir tiempo no amparado entre dos certificados de incapacidad expedidos anteriormente, el médico tratante o estomatólogo del Instituto deberá revisar el expediente clínico del asegurado, así como los documentos que éste presente para hacer constar su petición y, de ser procedente, le expedirá el certificado de incapacidad solicitado en los términos del artículo 160 de este Reglamento.

Artículo 159. Cuando el asegurado solicite certificado de incapacidad con efecto retroactivo porque no acudió a recibir atención médica en el Instituto, deberá presentar los estudios clínicos, antecedentes y demás elementos que comprueben su padecimiento y el tratamiento recibido.

Con base en lo anterior, el médico tratante del Instituto a quien se le haga dicha petición, determinará si médicamente resulta procedente admitir que tuvo incapacidad temporal para el trabajo y de ser así,

establecerá la fecha probable del inicio de la enfermedad y los días de incapacidad que amparará el certificado de incapacidad con efecto retroactivo.

Artículo 160. La expedición de certificados de incapacidad con efecto retroactivo deberá sustentarse en la opinión del médico tratante y en el análisis de la documentación comprobatoria presentada por el asegurado; asimismo, se sujetará a las reglas siguientes:

- I. El médico tratante, de ser procedente, expedirá el certificado de incapacidad temporal para el trabajo, con efecto retroactivo, hasta por 2 días anteriores a la fecha en que se solicita su expedición, contando con el visto bueno del Director de la Unidad Médica o, en su ausencia, de la persona que lo sustituya, y
- II. Si se solicita que el certificado con efecto retroactivo ampare 3 o más días de incapacidad temporal para el trabajo, anteriores a la fecha en que se solicita, deberá someterse su expedición al acuerdo y resolución del órgano colegiado competente.

Si a juicio del órgano colegiado no es procedente la expedición del certificado de incapacidad temporal para el trabajo con efecto retroactivo, se deberá informar por escrito al peticionario, sobre las razones en que se fundamenta la negativa.

Artículo 161. Tratándose de la fracción II del artículo anterior, la solicitud de certificados de incapacidad temporal para el trabajo con efecto retroactivo, acompañada de la opinión médica respectiva, será turnada por el Director de la Unidad Médica o, en su ausencia, por la persona que lo sustituya, al área de Atención y Orientación al Derechohabiente que corresponda, para su presentación al órgano colegiado competente. En el trámite de la referida solicitud no se aplicará el Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.

TÍTULO SÉPTIMO DE LA EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Capítulo I De la educación del personal de salud

Artículo 162. El Instituto, a través de los órganos normativos competentes promoverá, facilitará y regulará la realización de actividades educativas de formación y de actualización permanente que favorezcan la superación individual y colectiva de su personal técnico, profesional y directivo encargado del cuidado de la salud, a fin de contribuir a elevar la calidad de los servicios que otorga a los derechohabientes.

Dichas actividades estarán encaminadas a ampliar y diversificar las oportunidades educativas para el personal de salud, preferentemente a las orientadas a promover, desarrollar y perfeccionar las aptitudes propias del aprendizaje autónomo y las específicas de cada tipo de actividad técnica, profesional y directiva.

Para dar cumplimiento a lo anterior, con base en criterios educativos y técnicos, se promoverá la asignación de becas del personal del área de la salud.

Artículo 163. El Instituto coadyuvará con el Sistema Educativo Nacional en la formación, capacitación y desarrollo del personal del área de la salud, para lo cual podrá autorizar la utilización de sus unidades de atención médica como campo clínico para la formación de los alumnos de las escuelas y facultades, públicas y privadas, que imparten carreras del área de la salud a nivel técnico, de licenciatura y de postgrado, mediante los convenios de colaboración científica y académica que celebre, conforme a los cuales se regulará el ingreso, la permanencia y el egreso de los alumnos, y propiciará el adecuado desarrollo del perfil diseñado para cada nivel y carrera para el futuro profesional.

Para efecto de lo establecido en el párrafo anterior, así como tratándose de cualquier otro aspirante, nacional o extranjero, que pretenda ingresar a sus unidades de atención médica o instalaciones educativas, éstos deberán proporcionar los datos y documentos que requiera el Instituto, en los términos que establezca el Consejo Técnico.

En el caso de instituciones educativas que soliciten la autorización de campo clínico, y a efecto de celebrar el convenio de colaboración correspondiente, deberán proporcionar todos los datos y documentos que les sean requeridos, en los términos que establezca el Consejo Técnico.

Artículo 164. Los recursos financieros que se obtengan para el fomento de la educación en salud en el Instituto, por concepto de cuotas de recuperación por la prestación de servicios educativos para la formación y educación continua, aportaciones y donativos de personas físicas, instituciones, empresas y organizaciones filantrópicas, públicas o privadas, nacionales o extranjeras, se administrarán a través del Fondo de Fomento a la Educación (FOFOE) o de los mecanismos administrativos que determine el Instituto. El Consejo Técnico aprobará las disposiciones normativas relacionadas con la operación de dicho Fondo y, en su caso, las referentes a los mecanismos mencionados.

Capítulo II De la investigación en salud

Artículo 165. El Instituto promoverá y propiciará la realización de investigación en salud, como una herramienta para la generación de nuevos conocimientos, que puede llevar a la mejora de la calidad de la atención que se otorga, así como para la formación y capacitación del personal de salud.

Artículo 166. Los temas de las investigaciones, con el propósito de mejorar la salud, considerarán el proceso de la enfermedad en su sentido más amplio, abarcando la investigación básica, la clínica, la epidemiológica, los aspectos sociales y los sistemas de salud.

Artículo 167. La investigación en salud se llevará a cabo conforme a la normatividad vigente, a los lineamientos de la ética médica y de la buena práctica clínica, señalados en la Ley General de Salud y de acuerdo con los mecanismos de regulación y control de las actividades de investigación en salud establecidos por el Instituto.

Artículo 168. El Instituto favorecerá las actividades orientadas a la obtención de fondos externos para el apoyo de proyectos relacionados con la investigación en salud.

Artículo 169. Los recursos financieros que se obtengan para la realización de investigaciones en salud por concepto de aportaciones y donativos de personas físicas, instituciones, empresas y organizaciones filantrópicas, públicas o privadas, nacionales o extranjeras, otorgados para el apoyo de la investigación que se realiza en el Instituto, se administrarán a través del Fondo para el Fomento de la Investigación Médica (FOFOI), o por medio de los mecanismos administrativos que determine el Instituto. El Consejo Técnico aprobará las disposiciones normativas relacionadas con la operación de dicho Fondo y, en su caso, las referentes a los mecanismos mencionados.

Artículo 170. El Instituto promoverá la difusión de las investigaciones realizadas, a través de su publicación en libros y revistas científicas nacionales e internacionales, así como su presentación en foros de investigación, y fomentará la utilización de sus resultados en la toma de decisiones del personal directivo y en la solución a los problemas de la atención a la salud de los derechohabientes.

Artículo 171. Los investigadores y las instancias institucionales correspondientes informarán de sus actividades y participarán en la evaluación de la investigación para conducir, reorientar y facilitar los procesos de investigación en el Instituto.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Reglamento entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. Se abroga el Reglamento de Servicios Médicos aprobado por el Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social mediante Acuerdo 401/96, de fecha 23 de octubre de 1996, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de junio de 1997, así como los acuerdos y disposiciones administrativas que se opongán al presente Reglamento.

Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los veintinueve días del mes de noviembre de dos mil seis.- **Vicente Fox Quesada**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud, **Julio José Frenk Mora**.- Rúbrica.- El Secretario del Trabajo y Previsión Social, **Francisco Javier Salazar Sáenz**.- Rúbrica.