

REGLAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS

Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de junio de 1997
Última reforma publicada DOF 20 de agosto de 2002

Al margen un logotipo, que dice: Instituto Mexicano del Seguro Social.- Secretaría General.

El H. Consejo Técnico, en la sesión celebrada el día 23 de octubre de 1996, dictó el Acuerdo número 401/96, en los siguientes términos:

"Este Consejo Técnico, con fundamento en los artículos 240 fracciones VIII y XXII, 252 y 253 fracciones VI y XV de la Ley del Seguro Social, y con las sugerencias de los señores consejeros, aprueba los proyectos de los reglamentos siguientes: de Servicios Médicos; para la Prestación de los Servicios de Guardería, y para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.

REGLAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1. El presente Reglamento establece los procedimientos para la prestación de los servicios médicos a los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

ARTÍCULO 2. Para la aplicación de este Reglamento se entenderá por:

I. Ley. La Ley del Seguro Social.

II. Instituto. El Instituto Mexicano del Seguro Social.

III. Reglamentos. Los emitidos por el Presidente de la República en uso de las facultades concedidas por la fracción I del artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en relación a la Ley del Seguro Social y aquéllos que emita el Consejo Técnico en uso de sus atribuciones.

IV. Derechohabiente. El asegurado, el pensionado y sus beneficiarios legales, así como los familiares adicionales señalados en la Ley del Seguro Social.

ARTÍCULO 3. El Instituto proporcionará en los términos de la Ley, los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios a los derechohabientes que señalan los artículos 84 y 241 de la Ley, de igual manera a los pensionados en los ramos de cesantía en edad avanzada y vejez, según corresponda, cuando habiendo reunido setecientas cincuenta semanas de cotización y cumplidos los requisitos legales, hubieran retirado el saldo de su cuenta individual en una sola exhibición en los términos de Ley. Por cuanto hace a los familiares adicionales y pensionados referidos en último término, el Instituto proporcionará exclusivamente las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad.

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 otorgan servicios de salud integrales y continuos al individuo y su familia. Es el sitio de entrada al sistema de salud institucional.

II. Segundo nivel de atención. Lo constituyen los hospitales generales de subzona, zona o región en donde se atiende a los pacientes, remitidos por los servicios de los distintos niveles de atención, de acuerdo a la

regionalización de los mismos, para recibir atención diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación de conformidad a la complejidad de su padecimiento.

III. Tercer nivel de atención. Es la red de hospitales de alta tecnología y máxima resolución diagnóstica-terapéutica. En ellos se atiende a los pacientes que los hospitales del segundo nivel de atención remiten, o por excepción los que el primer nivel envíen de conformidad a la complejidad del padecimiento.

ARTÍCULO 5. Para efecto de recibir atención médica, continua e integral, el Instituto asignará a los sujetos que señala el artículo 3 de este Reglamento, su unidad médica de adscripción y médico familiar.

El Instituto otorgará atención médica de urgencia al derechohabiente independientemente de la unidad médica de adscripción que le corresponda.

ARTÍCULO 6. 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 intervengan en el manejo del paciente, respecto del servicio que cada uno proporcione.

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

ARTÍCULO 7. Para la prestación de los servicios médicos el solicitante deberá identificarse a satisfacción del Instituto.

ARTÍCULO 8. 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 los servicios médicos institucionales consideren 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.

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 de adscripción del derechohabiente, éste deberá acudir a la unidad médica que le señale el Instituto para recibir las prestaciones a que tenga derecho.

ARTÍCULO 9. El Instituto proporcionará las prestaciones del Seguro de Enfermedades y Maternidad a los sujetos amparados señalados en el artículo 3 del presente Reglamento, en cualquiera de las formas siguientes:

I. Directamente, a través de su propio personal e instalaciones;

II. Indirectamente, en virtud de convenios con otros organismos, públicos o particulares, para que se encarguen de proporcionar las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad en los términos de la Ley y del Reglamento de Subrogación de Servicios;

III. Indirectamente, mediante convenios con quienes tuvieren establecidos los servicios médicos y hospitalarios, pudiendo convenirse si se tratare de patronos con obligación al seguro, en la reversión de cuotas, en los términos de la Ley y del Reglamento de Subrogación de Servicios.

ARTÍCULO 10. El Instituto suspenderá el dictamen o la incapacidad por las causas de índole médico siguientes:

I. Cuando el pensionado por invalidez o incapacidad permanente se niegue a someterse a los exámenes previos o posteriores y a los tratamientos médicos prescritos o abandone éstos.

II. Cuando desaparezca el estado de invalidez o la incapacidad permanente del asegurado o pensionado, que originó el pago de la pensión.

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

ARTÍCULO 11. Los actos u omisiones del asegurado, del pensionado o de sus respectivos beneficiarios, que impliquen la comisión de algún delito o causen daños a los intereses del Instituto, además de que deberán de ser denunciados a quien corresponda, darán motivo, a juicio del Instituto, a la suspensión en el goce de las prestaciones en especie y en dinero.

ARTÍCULO 12. 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 Reglamento para el Trámite y Resolución de Quejas.

CAPÍTULO II

DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO

ARTÍCULO 13. Para los efectos del presente capítulo se entenderá por:

I. Riesgos de Trabajo. Los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.

Por accidente de trabajo se entiende toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior; o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que dicho trabajo se preste.

También se considerará accidente de trabajo el que se produzca al trasladarse el trabajador, directamente de su domicilio al lugar del trabajo, o de éste a aquél.

Por enfermedad de trabajo se entiende todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo, o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios. En todo caso, serán enfermedades de trabajo las consignadas en la Ley Federal del Trabajo.

ARTÍCULO 14. Para todos los efectos legales no se considerarán accidentes de trabajo los que ocurran en el centro de labores o durante el trayecto del trabajador de la empresa hacia su domicilio o viceversa y que sean resultado de cualquiera de las siguientes causas:

I. Si el accidente ocurre encontrándose el trabajador en estado de embriaguez;

II. Si el accidente ocurre encontrándose el trabajador bajo la acción de algún psicotrópico, narcótico, o droga enervante, salvo que exista prescripción suscrita por médico titulado y que el trabajador hubiera exhibido y hecho del conocimiento del patrón lo anterior;

III. Si el trabajador se ocasiona intencionalmente una incapacidad o lesión por sí o de acuerdo con otra persona;

IV. Si la incapacidad o siniestro es el resultado de alguna riña o intento de suicidio, y

V. Si el siniestro es resultado de un delito intencional del que fuere responsable el trabajador asegurado.

ARTÍCULO 15. En los casos señalados en el artículo anterior, el asegurado tendrá derecho a:

I. Las prestaciones en especie y en dinero del Seguro de Enfermedades y Maternidad o a la pensión de invalidez si reúne las condiciones consignadas en las disposiciones relativas.

II. Si el riesgo trae como consecuencia la muerte del asegurado, sus beneficiarios legales tendrán derecho a las prestaciones en dinero en el seguro de riesgos de trabajo. Por lo que se refiere a las prestaciones en especie de enfermedades y maternidad, éstas se otorgarán conforme a las disposiciones relativas.

ARTÍCULO 16. La calificación de los riesgos de trabajo de los asegurados en el régimen obligatorio, la realizará el área institucional que corresponda.

ARTÍCULO 17. En los casos en que el Instituto dictamine la existencia de un riesgo de trabajo, proporcionará al asegurado, las siguientes prestaciones en especie:

I. Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica;

II. Servicio de hospitalización;

III. Aparatos de prótesis y de ortopedia, y

IV. Rehabilitación.

Las mismas prestaciones se proporcionarán cuando se presenten recaídas de los riesgos previamente calificados como de trabajo, si el trabajador conserva su calidad de asegurado o se encuentra pensionado por incapacidad permanente parcial o incapacidad permanente total.

ARTÍCULO 18. El Instituto realizará acciones de promoción y prevención a la salud de los trabajadores, vigilancia epidemiológica en las empresas, servicios de atención médica y de protección de los medios de subsistencia a través de los dictámenes de calificación del riesgo reclamado, de calificación de recaída, de valuación y revaluación de las incapacidades permanentes y de defunción por riesgo de trabajo.

ARTÍCULO 19. Los dictámenes por riesgos de trabajo de los asegurados en el régimen obligatorio, serán emitidos por los servicios médicos institucionales que correspondan.

ARTÍCULO 20. 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.

ARTÍCULO 21. Cuando un trabajador sufra un probable riesgo 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 sufrió el riesgo.

Cuando el probable riesgo le ocurra al trabajador en su centro laboral, el patrón deberá dar aviso al Instituto en el formato establecido para tal efecto, 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 probable riesgo le ocurra al trabajador fuera de su centro laboral, aquél, sus familiares o las personas encargadas de representarlo podrán optar por cualquiera de las acciones siguientes:

I. Informar al patrón para que éste dé aviso al Instituto a través del formulario establecido para tal efecto, en un plazo no mayor a veinticuatro horas, contado a partir de que aquél fue informado del probable riesgo ocurrido a su trabajador.

II. Avisar inmediatamente al Instituto el probable riesgo de trabajo que haya sufrido el trabajador.

III. Hacer del conocimiento de la autoridad del trabajo correspondiente, el probable riesgo de trabajo que haya sufrido el trabajador, la que a su vez informará al Instituto.

Sin perjuicio de lo señalado en las anteriores fracciones II y III, el patrón está obligado a informar al Instituto al momento de tener conocimiento del probable riesgo de trabajo ocurrido a su trabajador.

ARTÍCULO 22. Si el patrón se niega a llenar y firmar el formato de aviso del probable riesgo de trabajo, el trabajador podrá informar dicha situación al Instituto, el que procederá a ejercitar sus facultades en los términos de la Ley.

ARTÍCULO 23. En el caso de probable accidente de trabajo, el Instituto en uso de sus facultades que 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 24. Cuando al acudir el trabajador a los servicios médicos institucionales, solicite la calificación de una probable enfermedad de trabajo o el Instituto la detecte, los servicios médicos institucionales que correspondan, deberán investigar en el medio ambiente laboral del trabajador las causas que predisponen a la probable enfermedad de trabajo. Para este efecto, los patrones deberán cooperar con el Instituto en los términos que señala la Ley.

ARTÍCULO 25. 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 se le valorarán las incapacidades permanentes que se le hayan establecido de conformidad con el artículo 514 de la Ley Federal del Trabajo.

Posteriormente a las cincuenta y dos semanas referidas en el párrafo que antecede y una vez valuada la incapacidad permanente, el trabajador tendrá derecho a las prestaciones en especie y en dinero que marca la Ley.

La valuación de la incapacidad permanente será realizada por los médicos del Instituto, con base en la información médica institucional y lo establecido en la Ley Federal del Trabajo, la Ley y sus Reglamentos. Las divisiones de Salud en el Trabajo serán las responsables de validar la procedencia o improcedencia de los dictámenes emitidos de acuerdo a la normatividad general e interna establecida en esta materia, así como los casos de controversia que el Consejo Técnico o los consejos consultivos delegacionales le requieran.

El representante del Instituto en las Comisiones referidas en el párrafo precedente será designado por la Dirección de Prestaciones Médicas.

ARTÍCULO 26. El Instituto proporcionará, a través del área de salud en el trabajo, servicios de información, asesoría, capacitación y apoyo técnico, de carácter preventivo, individualmente o mediante procedimientos de alcance general, con el objeto de evitar la realización de riesgos de trabajo entre la población asegurada.

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 pequeñas y medianas, así como empresas de alta siniestralidad. Los patrones deberán facilitar el acceso y colaborar en el desarrollo de las acciones de carácter preventivo.

ARTÍCULO 27. El Instituto, a través de los servicios médicos institucionales que correspondan, proporcionará a los patrones, por conducto de los trabajadores o de sus familiares o cuando sea posible directamente, la información correspondiente a los dictámenes de incapacidad permanente parcial o total y de defunción por riesgos de trabajo, a efecto de que aquéllos 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, por iniciativa propia, o a solicitud de los patrones, ordenar la verificación de los programas de prevención de riesgos de trabajo.

CAPÍTULO III

DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD

SECCIÓN PRIMERA

GENERALIDADES

ARTÍCULO 28. Para los efectos del presente capítulo se entenderá por:

I. 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 o biológicos, 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 o rehabilitación.

II. 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.

III. Médico tratante. Es el médico familiar o no familiar del Instituto, que durante su jornada de labores interviene directamente en la atención médica del paciente.

IV. Atención médico quirúrgica. El conjunto de acciones tendentes a prevenir, a curar o a 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.

V. 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.

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.

ARTÍCULO 29. El Seguro de Enfermedades y Maternidad no cubre:

a) Cirugía estética.

b) Dotación de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares, aparatos auditivos e implantes cocleares, así como prótesis y órtesis externas.

c) Cirugía para corrección de astigmatismo, presbicia, miopía e hipermetropía.

d) Examen médico preventivo solicitado por el trabajador o sus beneficiarios.

e) Tratamientos: Dentales, excepto extracciones, obturaciones y limpieza; Ortodoncia, salvo en el caso de secuelas de labio y paladar hendido; Endodoncia, excepto en recubrimientos pulpares, corte de la pulpa cameral, extirpación de la pulpa radicular y apicectomías; Paradoncia, salvo en padecimientos de origen irritativo.

f) 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, así como los que no se encuentren implementados en las instituciones públicas o privadas en el país, los aprobados por la Secretaría de Salud o que para su realización requieran de insumos y componentes específicos no disponibles en el territorio nacional.

SECCIÓN SEGUNDA

DE LA ATENCIÓN EN EL RAMO DE ENFERMEDADES

ARTÍCULO 30. Cuando el derechohabiente tenga necesidad de recibir atención médica deberá presentarse en su unidad médica de adscripción en los días y horarios establecidos y exhibir los documentos que acrediten su adscripción a la unidad y al médico familiar.

ARTÍCULO 31. Para efectos de este Reglamento, se entenderá por inicio de una enfermedad, el día en que el derechohabiente da aviso de la misma al Instituto y su personal médico constaten, en su caso, la existencia de la misma.

ARTÍCULO 32. Para los efectos de este Reglamento, las recaídas y complicaciones de un padecimiento, se considerarán como la misma enfermedad.

ARTÍCULO 33. El tratamiento de una misma enfermedad se proporcionará mientras dure ésta, siempre que el asegurado sea un enfermo ambulante cuyo padecimiento no le impida continuar con su trabajo. Igual criterio se sostendrá cuando los sujetos señalados en el artículo 3 de este Reglamento sean enfermos ambulatorios cuyo tratamiento, a juicio de los médicos del Instituto, pueda hacerse en la consulta externa de las unidades médicas que disponga el mismo.

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 cincuenta y dos, según lo disponen los artículos 91 y 92 de la Ley, si el periodo de incapacidad es ininterrumpido o con interrupciones menores de ocho semanas. 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 considera como una nueva enfermedad.

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 TERCERA

DE LA ATENCIÓN EN EL RAMO DE MATERNIDAD

ARTÍCULO 34. 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 a los criterios técnico-médicos y el cómputo de los días de incapacidad a que se refiere el artículo 101 de la Ley.

ARTÍCULO 35. 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 36. La canastilla de maternidad la entregará el Instituto al nacer en sus instalaciones el hijo de la asegurada, 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 37. 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 38. 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 postparto y a las prestaciones en especie que correspondan a partir del momento en que haya acudido a los servicios del Instituto. La esposa o concubina del asegurado o pensionado sólo tendrá derecho a las prestaciones en especie.

SECCIÓN CUARTA

DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA Y DE LA ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA

ARTÍCULO 39. 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.

ARTÍCULO 40. Cuando en el ejercicio de la práctica médica se requiera explorar a una derechohabiente o a un menor, invariablemente se hará en presencia de la asistente médica o personal de enfermería, o en el último de los casos de un familiar de la paciente.

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

ARTÍCULO 41. Los pacientes que requieran atención estomatológica podrán ser enviados por su médico familiar o presentarse directamente con el estomatólogo de su unidad médica de adscripción.

ARTÍCULO 42. Si el médico familiar con base en los estudios clínicos estima que la atención del problema médico de un paciente lo requiere, éste será enviado a interconsulta al médico no familiar de la propia unidad o en su caso a la unidad médica de apoyo correspondiente, conforme a lo dispuesto en el capítulo del traslado de pacientes.

ARTÍCULO 43. El médico tratante atendiendo a la índole de una enfermedad podrá enviar al paciente al servicio de urgencias que corresponda, para su atención médica inmediata.

ARTÍCULO 44. 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 motivó la interconsulta; 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 unidades médicas del segundo o tercer niveles de atención, deberá informar al médico familiar, a través de los formatos institucionales del tratamiento que le fue realizado a aquél y, en su caso, el tratamiento a seguir.

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

ARTÍCULO 45. El médico tratante, en todos los casos, deberá dejar constancia en el expediente clínico y formato de control institucional, además del tratamiento prescrito al paciente y si en su caso, se expidió certificado de incapacidad.

ARTÍCULO 46. 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 le indique.

ARTÍCULO 47. El médico está obligado a comunicar a su jefe inmediato superior, los casos de simulación de una enfermedad por parte del derechohabiente, a fin de que se proceda en los términos administrativos que correspondan.

ARTÍCULO 48. El servicio de atención médica domiciliaria se proporcionará a los derechohabientes, cuando se encuentren imposibilitados física o psíquicamente para acudir a los servicios de consulta externa.

El Instituto podrá expedir responsiva médica cuando le sea solicitada para el traslado de un derechohabiente a sus instalaciones, previa valoración médica del mismo.

ARTÍCULO 49. La atención médica domiciliaria deberá solicitarse en la unidad médica de adscripción por conducto de un familiar o vía telefónica, proporcionando todos los datos necesarios para facilitar al Instituto la comprobación de los derechos de la persona para recibir las prestaciones médicas que solicita.

ARTÍCULO 50. 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 51. Al realizar la visita domiciliaria el médico se identificará previamente y solicitará los documentos que identifiquen al paciente como derechohabiente del Instituto.

ARTÍCULO 52. 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 éste o su familiar el motivo de la ausencia, ante las autoridades del Instituto encargadas de proporcionar este servicio.

ARTÍCULO 53. 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 54. 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 55. Las solicitudes y visitas médicas domiciliarias se ajustarán al horario de labores de la unidad de medicina familiar que es de 8:00 a 20:00 horas de lunes a viernes.

SECCIÓN QUINTA

DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y DE URGENCIAS

ARTÍCULO 56. 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, indique su internamiento en unidades hospitalarias a juicio del médico tratante y de acuerdo con la regionalización de los servicios médicos establecidos por el Instituto.

ARTÍCULO 57. El Instituto otorgará el servicio de hospitalización en sus propias instalaciones o a través de la subrogación de estos servicios, con o sin reversión de cuotas, en los términos que establece el artículo 89 de la Ley y del Reglamento de la materia.

ARTÍCULO 58. La hospitalización del derechohabiente 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 87 de la Ley.

ARTÍCULO 59. Para la hospitalización del derechohabiente, se requiere el consentimiento expreso de éste, del familiar que fungirá como responsable de la autorización para hospitalizarlo o bien de su representante legal.

En los casos de urgencia y cuando la naturaleza de la enfermedad lo justifique, se prescindirá de solicitar el consentimiento para la hospitalización.

ARTÍCULO 60. A juicio del médico tratante, procederá la hospitalización del derechohabiente en cualquiera de los casos siguientes:

I. Cuando la enfermedad requiera atención o asistencia médico-quirúrgica que no puedan ser proporcionadas en forma ambulatoria.

II. Cuando el estado de salud del paciente requiera la observación constante o un manejo que sólo pueda llevarse a efecto en un centro hospitalario.

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 tal incumplimiento ni de la no expedición de los certificados de incapacidad.

ARTÍCULO 61. Las visitas a los pacientes hospitalizados en las unidades médicas del Instituto se sujetarán a las normas que señalen los instructivos correspondientes.

ARTÍCULO 62. El tiempo de duración de la hospitalización del derechohabiente deberá limitarse al estrictamente necesario para resolver las condiciones clínicas que la motivaron.

ARTÍCULO 63. Cuando un derechohabiente por propia decisión y bajo su responsabilidad sea internado en un centro hospitalario que no pertenezca al sistema institucional, el Instituto quedará relevado de toda responsabilidad, salvo la relacionada con la expedición del certificado de incapacidad que en su caso tuviera derecho.

ARTÍCULO 64. Cuando fuera necesario, el tratamiento quirúrgico del paciente, se requiere el consentimiento informado del mismo, previo y por escrito, en el formulario establecido siempre que esté capacitado para otorgarlo o de su familiar o representante legal cuando el enfermo no pueda hacerlo; salvo que se trate de casos de urgencia donde se aplicará la normatividad relativa comprendida en la Ley General de Salud.

ARTÍCULO 65. Las unidades médicas institucionales en los casos en que el derechohabiente solicite atención en los servicios de urgencias por presentar problemas de salud agudos, deberán proporcionarle atención

médica inmediata. Cuando se trate de no derechohabientes, el servicio se otorgará de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Salud, o, en su caso, de acuerdo a la normatividad vigente para la atención y cobro a no derechohabientes.

ARTÍCULO 66. Si por la índole de su padecimiento, el derechohabiente 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 del servicio o su hospitalización.

ARTÍCULO 67. Al egreso del paciente del servicio de urgencias, el médico tratante deberá enviarle al médico familiar o al no familiar, según corresponda, en los formularios establecidos, la información sobre la atención médica otorgada.

ARTÍCULO 68. La expedición de los certificados de defunción observará 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 del paciente para los efectos legales y administrativos correspondientes.

II. Si el paciente fallece en una unidad médica institucional previamente a su atención, el Instituto hará acopio de los antecedentes que existan en su expediente clínico para determinar 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, se dará aviso al Agente del Ministerio Público.

III. Si el paciente fallece en su domicilio, el médico familiar a través de visita domiciliaria verificará el fallecimiento y hará acopio de los antecedentes de su expediente clínico procediendo de acuerdo a lo establecido en la fracción II de este artículo.

IV. Si se trata de un no derechohabiente que 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 Agente del Ministerio Público.

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 autopsia al cadáver cuando ofrezca algún interés científico, 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.

SECCIÓN SEXTA

DE LA SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNO INFANTIL

ARTÍCULO 69. Para efectos de la presente sección se entenderá por Salud Reproductiva, la capacidad de la pareja humana de disfrutar y desarrollar su vida sexual, regulando su fecundidad mediante una protección anticonceptiva oportuna y eficaz; la vigilancia del embarazo, parto y puerperio, así como de la nutrición, el crecimiento y el desarrollo de los niños; de tal manera que la reproducción ocurra en las mejores condiciones de salud y bienestar de la propia pareja y sus descendientes.

ARTÍCULO 70. El Instituto otorgará a los derechohabientes, a través del personal médico o paramédico, información, orientación y consejería que les permita tomar decisiones informadas y de manera voluntaria en torno a su salud reproductiva.

ARTÍCULO 71. El Instituto otorgará a los derechohabientes en edad fértil, siempre que ellos lo demanden, los métodos anticonceptivos temporales o definitivos.

Para la aplicación de procedimientos anticonceptivos definitivos como la oclusión tubaria bilateral y la vasectomía o temporales como los hormonales orales, hormonales inyectables, el dispositivo intra uterino y los implantes subdérmicos, será indispensable la realización del procedimiento para la obtención del consentimiento informado por escrito.

ARTÍCULO 72. El Instituto otorgará la vigilancia y atención del embarazo, parto y puerperio a las 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 homígénito.

ARTÍCULO 73. El Instituto otorgará a la población derechohabiente menor de cinco años, vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo.

ARTÍCULO 73 bis. 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 SÉPTIMA

DE LA MEDICINA PREVENTIVA

ARTÍCULO 74. El Instituto realizará acciones de vigilancia y control epidemiológico y de medicina preventiva.

Asimismo, propiciará la participación de sus derechohabientes en la realización de acciones de fomento y educación para la salud que orienten a la población para mejorar sus condiciones de vida.

ARTÍCULO 75. El Instituto dentro de las empresas y con la colaboración de los patrones, realizará actividades de carácter médico preventivo, de fomento y educación para la salud y de investigación epidemiológica.

ARTÍCULO 76. Los derechohabientes tendrán acceso a los servicios médico preventivos del Instituto, de manera directa o cuando sean enviados por su médico tratante.

ARTÍCULO 77. El Instituto, conforme a la normatividad vigente, se coordinará con los organismos gubernamentales competentes, para la realización de campañas sanitarias y otros programas específicos enfocados a resolver problemas médico-preventivos de la población.

SECCIÓN OCTAVA

DE LA ASISTENCIA FARMACÉUTICA

ARTÍCULO 78. La asistencia farmacéutica a que se refieren los artículos 3 y 17 fracción I 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 79. 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 80. 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, en aquellos casos que excepcionalmente se requieran para la atención de un paciente en particular, se realizará con apego a las normas y requisitos que para tal efecto emita el Consejo Técnico.

SECCIÓN NOVENA

DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

ARTÍCULO 81. El Instituto promoverá, propiciará y facilitará la realización de actividades de educación médica formativas y de actualización permanente que favorezcan el desarrollo profesional de su personal y coadyuvará con el Sistema Educativo Nacional en la formación, capacitación y desarrollo del personal del área de la salud, ambos con el propósito de mejorar la calidad de los servicios médicos de acuerdo con las normas y procedimientos emitidos por el órgano competente.

Los recursos financieros que se obtengan para el fomento de la educación médica en el Instituto, por concepto de cuotas de recuperación por la prestación de servicios educativos o aportaciones y donaciones 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.

SECCIÓN DÉCIMA

DE LA INVESTIGACIÓN MÉDICA

ARTÍCULO 82. El Instituto promoverá y propiciará la realización de investigación médica por parte del personal de salud, utilizándola como una herramienta para la generación de nuevos conocimientos, para la mejoría de la calidad de la atención que se otorga y para la formación y capacitación en este campo, del personal de salud.

ARTÍCULO 83. Se deberá recabar el consentimiento informado del derechohabiente, mediante el cual autorice su participación en las investigaciones médicas que se realicen en el Instituto.

Tratándose de menores de edad y discapacitados, dicha autorización deberá otorgarla el padre o tutor, o quien legalmente lo represente.

ARTÍCULO 84. Los temas de las investigaciones médicas considerarán preferentemente las necesidades de salud o el otorgamiento de servicios que tienen o requieren los derechohabientes. Dichas investigaciones médicas se llevarán a cabo conforme al instructivo en vigor y deberán seguir los lineamientos de la ética médica, señalados en la Ley General de Salud vigente.

ARTÍCULO 85. Los recursos financieros que se obtengan para la realización de investigaciones médicas, en 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 médica que se realiza en el Instituto, se administrarán a través del Fondo de Fomento de Investigación.

ARTÍCULO 85 bis. El Instituto promoverá la difusión de las investigaciones realizadas, a través de su publicación en revistas científicas nacionales e internacionales y fomentará la utilización de sus resultados en la toma de decisiones del personal directivo y en la solución a los problemas derivados de la atención a la salud de la población.

CAPÍTULO IV

DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL RAMO DE INVALIDEZ

ARTICULO 86. Para los efectos del presente Reglamento se entenderá que existe invalidez cuando el asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesionales. La dictaminación del estado de invalidez deberá ser realizada por los servicios médicos institucionales, a través del dictamen médico correspondiente, en el que se consideran la determinación del estado físico funcional del trabajador y la información médica, técnica y social que se requiera. Para efectos de revisar la procedencia o improcedencia y, en su caso, resolver lo conducente respecto del dictamen de invalidez, los equipos médicos interdisciplinarios de salud en el trabajo serán los facultados para validar que el dictamen esté elaborado con base a la normatividad establecida, así como los casos de controversia que el Consejo Técnico le requiera. Previo a la emisión del dictamen, los servicios médicos correspondientes identificarán al asegurado mediante documento oficial con fotografía. Asimismo, este dictamen deberá emitirse, independientemente del número de semanas cotizadas que tuviera el trabajador. En el dictamen a que se hace referencia los servicios médicos asentarán los datos del documento oficial con fotografía con que el interesado se identificó previamente.

ARTÍCULO 87. El estado de invalidez da derecho al asegurado a la asistencia médica, en los términos del Capítulo IV del Título Segundo, de la Ley.

El estado de invalidez debe declararse dentro de las ciento cuatro semanas a que se refieren los artículos 91 y 92 de la Ley, contadas a partir del comienzo de la enfermedad, siempre que el asegurado continúe enfermo y esté imposibilitado para trabajar.

Para gozar de dichas prestaciones se requiere que:

- I. Se declare el estado de invalidez dentro de las ciento cuatro semanas a que se refieren los artículos 91 y 92 de la Ley, contadas a partir del comienzo de la enfermedad, siempre que el asegurado continúe enfermo y esté imposibilitado para el trabajo.
- II. Al declararse el estado de invalidez, el asegurado tenga acreditado el pago de cuando menos doscientas cincuenta semanas de cotización o, en el caso de que el dictamen respectivo determine el setenta y cinco por ciento o más de invalidez, tenga acreditadas al menos ciento cincuenta semanas.

Para los efectos de la parte final del párrafo que antecede, 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 institucionales, que ineludiblemente lo asista otra persona de manera permanente o continua.

ARTICULO 88. El dictamen de invalidez podrá emitirse con carácter definitivo o temporal. De emitirse con carácter temporal, 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 el dictamen con carácter temporal por periodos renovables de dos años o si éste es definitivo.

ARTÍCULO 89. 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, para comprobar si existe o subsiste el estado de invalidez.

ARTÍCULO 90. La fecha de inicio del estado de invalidez se fijará de acuerdo con las reglas siguientes:

- I. Se tomará la fecha de la solicitud presentada ante el Instituto, cuando el trabajador asegurado no acuda a las unidades médicas institucionales para ser atendido de un padecimiento, que en su caso y previa valoración de los servicios médicos amerite la expedición del dictamen de invalidez.
- II. 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 para el trabajo.

ARTÍCULO 91. Para efecto de que el pensionado por invalidez pueda disfrutar de la ayuda asistencial a que hacen referencia los artículos 120 fracción V, 127 fracción IV y 140 de la Ley, el médico de salud en el trabajo deberá emitir el dictamen médico correspondiente.

ARTÍCULO 92. El hijo de pensionado 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 económicas a que tuviera derecho, deberá ser declarado inválido a través del dictamen correspondiente que expidan los servicios médicos institucionales.

ARTÍCULO 93. No se tendrá derecho a disfrutar de una pensión de invalidez, cuando el asegurado:

- I. Por sí o de acuerdo con otra persona se hubiera provocado intencionalmente el estado de invalidez;
- II. Resulte responsable del delito intencional que originó la invalidez, y
- III. Padezca un estado de invalidez anterior a su afiliación al régimen obligatorio.

CAPÍTULO V

DEL TRASLADO DE PACIENTES

ARTÍCULO 94. Cuando para la atención de un paciente no se disponga en las unidades de atención médica de una delegación estatal, regional o del Distrito Federal de los especialistas o de los medios de diagnóstico o terapéuticos necesarios, se procederá al traslado del paciente al hospital general de subzona, zona y regional o de especialidades del Centro Médico Nacional que corresponda, de conformidad con el esquema de regionalización de los servicios de atención médica, previa la verificación de la vigencia de derechos por el área competente.

ARTÍCULO 95. Tendrán derecho a los beneficios que establece el presente capítulo, los asegurados y pensionados, así como sus respectivos beneficiarios, mientras conserven el derecho al disfrute de 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 sean trasladados de sus unidades de atención médica de adscripción a las de apoyo definidas en la regionalización de servicios, tendrán derecho al pago de pasajes y, en su caso, ayuda de viáticos en los términos que establezcan los convenios de incorporación o reglamento respectivo. La misma prestación se otorgará a los sujetos señalados en los artículos 222, 235, 236, 237 y 240 de la propia Ley.

ARTÍCULO 97. 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.

En las dispensas de trámite administrativo, la autorización respectiva determinará lo conducente a los viáticos y pasajes.

ARTÍCULO 98. Para los efectos de la aplicación del presente capítulo, no se entenderá como traslado de pacientes y por lo tanto no procederá el pago de ayuda de viáticos y pasajes, cuando entre la residencia del trabajador y la unidad médica a la que sea enviado por su médico de adscripción para tratamiento, 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.

ARTÍCULO 99. No se pagarán pasajes cuando el traslado se efectúe por medio del transporte institucional o contratado directamente por el mismo Instituto.

ARTÍCULO 100. El director de la unidad remitente autorizará la presencia de un acompañante 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.

ARTÍCULO 101. La persona designada como acompañante deberá tener capacidad para autorizar al Instituto el tratamiento médico, quirúrgico o cualquier procedimiento que requiera o deba aplicarse al trasladado.

SECCIÓN PRIMERA

DE LA AYUDA DE VIÁTICOS Y PASAJES

ARTÍCULO 102. Para los efectos del presente Reglamento, se entenderá por viáticos la erogación que el paciente trasladado realice para cubrir sus necesidades de alimentación y alojamiento, en un lugar diferente al que resida y de la unidad médica del Instituto que autorice su traslado.

ARTÍCULO 103. Se establece como monto máximo 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 104. 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 105. 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. Este concepto no tendrá aplicación dentro de una misma población. Los pasajes cubrirán el importe de los pasajes de ida y vuelta.

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

ARTÍCULO 106. El Instituto está facultado para otorgar, en forma directa o subrogada, el servicio de transporte, hospedaje o alimentación, quedando liberado de la obligación de entregar al paciente o a su acompañante las cantidades correspondientes.

SECCIÓN SEGUNDA

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 y presentar constancia de la vigencia de sus derechos expedida por los Servicios de Afiliación Vigencia de Derechos de las

delegaciones del Instituto. Asimismo, en caso de ser necesario el traslado del paciente, se seguirá el trámite que señala este capítulo y las disposiciones médicas y 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, la unidad remitente será la que se encargue de los trámites referidos.

ARTÍCULO 109. Para los efectos del cumplimiento de lo establecido en el presente Reglamento, la Dirección de Prestaciones Médicas establecerá los lineamientos normativos generales, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Organización Interna.

CAPITULO VI

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

SECCIÓN PRIMERA

GENERALIDADES

ARTÍCULO 110. Se considera Incapacidad Temporal para el Trabajo, la pérdida o disminución por un cierto tiempo de las facultades físicas o mentales, que imposibiliten al asegurado para realizar su trabajo habitual.

ARTÍCULO 111. El certificado de incapacidad temporal para el trabajo es el documento médico legal, que expide en los formatos oficiales el médico 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.

ARTÍCULO 112. El médico tratante del Instituto, al 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 ética profesional.

La expedición de estos certificados únicamente los podrá efectuar el médico tratante de acuerdo y en ejercicio de sus funciones y durante su jornada de trabajo, salvo las excepciones previstas en este Reglamento. Previo al otorgamiento de servicios médicos de cualquier naturaleza, el interesado deberá identificarse mediante documento oficial con fotografía o el que en su caso le expida el Instituto. La identificación del asegurado, tendrá por objeto comprobar el ingreso de éste a los servicios médicos que presta el IMSS, el (sic) que le fueron otorgados y que sea a él a quien ampara la identificación. En las incapacidades el médico tratante asentará en el recuadro correspondiente los datos de la identificación presentada por el asegurado.

ARTICULO 113. El Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo podrá expedirse con carácter inicial, subsecuente o recaída, entendiéndose por cada uno de éstos 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 que posterior al certificado inicial que el médico expide al asegurado que continúa incapacitado por el mismo padecimiento, y

III. Recaída. Es el certificado de incapacidad que se expide a un asegurado posterior a ser 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. El médico tratante del

Instituto, al expedir el certificado de incapacidad inicial determinará el tiempo probable de días para la recuperación, considerando como límite máximo el número de días definido en el catálogo de tiempos de recuperación por padecimiento, elaborado para tal fin con carácter de general y obligatorio para los servicios médicos, de acuerdo con la historia natural de la enfermedad, asentando dicho dato enseguida del diagnóstico en el mismo recuadro. En los casos en que el periodo de incapacidad rebase el lapso probable para la recuperación y se requiera de la expedición de una incapacidad subsecuente o de recaída, el médico tratante 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 definan los días adicionales y las acciones necesarias para lograr la atención y recuperación del paciente. Los certificados subsecuentes o de recaída se autorizarán por ambos médicos, invariablemente.

ARTÍCULO 114. El certificado de incapacidad temporal para el trabajo, tratándose de enfermedad general o riesgos de trabajo, deberá expedirse considerando días naturales y atendiendo los siguientes criterios:

I. El médico adscrito a los servicios de urgencia podrá expedir certificados, únicamente por el término de uno a tres días.

II. El médico familiar o estomatólogo podrán expedir certificados únicamente por el término de uno a siete días. Para el caso de que la enfermedad requiera que se expida un certificado que exceda de siete pero no de veintiocho días, será necesaria la autorización del Director de la Unidad Médica o de la persona en quien éste delegue tal función.

III. El médico no familiar podrá expedir certificados hasta por el término de uno a veintiocho días.

ARTICULO 115. En los casos de incapacidad por maternidad, el lapso que se acredite se determinará en días naturales y tratándose de certificado de incapacidad prenatal comprenderá los 42 días anteriores a la fecha que se señale como probable del parto y el certificado de incapacidad postnatal, excepto óbito fetal, invariablemente por 42 días a partir del día del parto. Invariablemente se anotará en el certificado si existió o no control médico institucional, el cual considera el otorgamiento de al menos cinco consultas prenatales.

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 prepartum se excede a los 42 días, para amparar los días excedentes se expedirán, certificados de incapacidad de enlace por enfermedad general por lapsos renovables, desde uno y hasta un máximo de siete días, requiriendo de autorización de su jefe inmediato a partir del segundo periodo de siete días;

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 postpartum, cuando la asegurada no haya estado bajo control y tratamiento médico institucional o cuando se trate de producto prematuro.

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

III. Para el caso de óbito fetal el certificado de incapacidad se expedirá por enfermedad no profesional y el periodo amparado se definirá por el médico tratante de acuerdo a los días necesarios para la recuperación. Estas consideraciones se aplican exclusivamente para aseguradas.

ARTÍCULO 116. 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 médicamente para laborar, el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo deberá ser expedido inicialmente por el médico que envía al enfermo, y amparará el periodo necesario para la llegada del paciente a su destino y consulta respectiva; el

médico que reciba al paciente, expedirá la incapacidad subsecuente, a partir de la fecha siguiente a la que expire el plazo cubierto por el certificado expedido por el médico que envía al enfermo.

ARTÍCULO 117. 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 respectivo, siempre que lo amerite la salud del paciente, con la autorización previa del Director de la Unidad Médica o la persona en quien éste delegue la función, 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 encargado de la Unidad Médica del Instituto 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 para que verifique si el paciente está hospitalizado, su enfermedad, su estado de incapacidad y expedirá, en su caso, el certificado de incapacidad si éste resulta procedente.

ARTÍCULO 118. Si el asegurado enferma o se hospitaliza en circunscripción en donde no existan los servicios médicos institucionales, el aviso de la enfermedad que le impida laborar deberá reportarla éste, o bien a través de alguna persona o familiar al Director de la Unidad de Atención 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, esos hechos.

ARTÍCULO 119. Podrán expedirse Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo en reposición de otros, en los siguientes casos:

I. Si el asegurado extravía el certificado de incapacidad y requiere se le reponga.

II. Cuando el extravío le suceda al personal institucional.

En ambos casos se deberá solicitar la reposición por escrito al Director de la Unidad Médica de su adscripción para el caso de que en dicha unidad se tenga conocimiento del certificado, y en caso contrario la unidad médica que expidió el certificado deberá reponerlo, de igual manera se deberá avisar de la cancelación a los servicios de prestaciones económicas y cancelar las copias que existan del certificado original extraviado.

ARTÍCULO 120. En los casos de días traslapados entre dos certificados de incapacidad, los servicios de prestaciones económicas realizarán los ajustes correspondientes en cuanto al pago de subsidios.

ARTÍCULO 121. Si el asegurado se niega a ser hospitalizado o abandona el tratamiento prescrito por el médico tratante del Instituto, no se le expedirá certificado de incapacidad por este periodo.

ARTÍCULO 122. Cuando la enfermedad no profesional incapacite para el trabajo al asegurado, se le amparará el tiempo con certificados de incapacidad hasta por 52 semanas.

Hasta por veintiséis semanas posteriores a las cincuenta y dos antes señaladas se podrán expedir certificados de incapacidad que serán considerados como prórroga, previa revisión del paciente y del expediente clínico por parte del médico tratante y de los Comités que correspondan.

ARTICULO 123. 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 iniciales, subsecuentes y recaídas:

I. Diagnóstico;

II. Folio;

III. Ramo;

IV. Fecha de inicio;

V. Fecha de expedición;

VI. Días probables para su recuperación;

VII. Días de incapacidad acumulados;

VIII. Nombre del puesto específico de trabajo y centro de trabajo, y

IX. Nombre, firma y matrícula del médico que prescribe y, en su caso, de su jefe inmediato superior y en su ausencia a 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 a su expediente médico la nota respectiva, que haga constar la expedición de la incapacidad.

ARTICULO 124. Los servicios médicos harán llegar dentro de las 24 horas posteriores a su expedición los certificados de incapacidad expedidos en Unidades Médicas de 1er. Nivel y hasta en un máximo de 48 horas los emitidos en las Unidades Médicas de 2o. y 3er. Nivel, a los servicios de prestaciones económicas correspondientes, a través de relación autorizada por el director de la unidad médica expedidora, cuando se trate de la misma entidad.

SECCIÓN SEGUNDA

DE LOS CASOS DE RIESGOS DE TRABAJO

ARTICULO 125. 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, el certificado de incapacidad temporal inicial se expedirá a título de probable riesgo de uno y hasta por tres días, para la calificación del riesgo sufrido, y

II. Al calificarse el riesgo reclamado como sí de trabajo, la incapacidad inicial o recaída que proceda se certificará como accidente o enfermedad de trabajo según corresponda.

ARTÍCULO 126. Si el riesgo de trabajo incapacita para trabajar al asegurado se le expedirán certificados de incapacidad hasta por cincuenta y dos semanas, dentro de este término se le dará de alta al asegurado si está capacitado para laborar o se le dictaminará la incapacidad permanente, parcial o total, en los términos del artículo 58 de la Ley.

ARTÍCULO 127. La expedición de certificados de incapacidad posteriores a una 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 procedimiento para la calificación del riesgo.

ARTÍCULO 128. Deberá suspenderse la expedición de certificados de incapacidad para los casos terminados, si un asegurado incapacitado por riesgo de trabajo o recaída del mismo se encuentra en condiciones de reintegrarse a su trabajo y es dado de alta a través del documento institucional correspondiente, en el que deberá especificarse la fecha de reinicio a su trabajo.

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

Para los efectos de los casos terminados 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 de los mismos, éstos se considerarán como terminados en la fecha en la que se dictamine o se reclame 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.

SECCIÓN TERCERA

DE LA RETROACTIVIDAD

ARTÍCULO 129. El certificado de incapacidad temporal para el trabajo con efecto retroactivo es el documento que con carácter inicial o subsecuente se otorga al asegurado para amparar una incapacidad ocurrida en fecha anterior a aquélla en que acude ante el médico del Instituto o para cubrir tiempo no amparado entre dos certificados de incapacidad expedidos con anterioridad.

ARTÍCULO 130. Cuando el asegurado solicite que se le expida certificado de incapacidad para cubrir tiempo no amparado entre dos certificados de incapacidad expedidos anteriormente, el médico tratante deberá revisar el expediente clínico del asegurado así como los documentos que éste pudiera presentar para hacer constar su petición y de ser procedente le expedirá el certificado de incapacidad solicitado, con el visto bueno del Director de la Unidad Médica o de la persona en quien delegue esta función.

ARTÍCULO 131. 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, determinará la fecha probable del inicio de la enfermedad y los días de incapacidad que amparará el certificado de incapacidad con efecto retroactivo.

En todos los casos, 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, y asimismo se sujetará a las reglas siguientes:

I. El médico tratante expedirá el certificado de incapacidad 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 de la persona en quien éste delegue la función.

II. Si se solicita que el certificado con efecto retroactivo ampare entre 3 o más días de incapacidad temporal para el trabajo, deberá someterse su expedición al acuerdo y resolución del Consejo Consultivo Delegacional.

Si a juicio de las dependencias del Instituto no es procedente la solicitud de expedición 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 132. Tratándose de la fracción II del artículo anterior, la solicitud de incapacidad con efecto retroactivo, acompañada de la opinión médica respectiva, será turnada para su trámite subsecuente por el Director de la Unidad Médica o persona en quien éste delegue la función, a los servicios de atención y orientación al derechohabiente.

La resolución que se emita será comunicada por escrito al peticionario.

CAPÍTULO VII

DE LAS DISPOSICIONES DE CONTROL

ARTÍCULO 133. La Dirección de Prestaciones Médicas, a través de sus Coordinaciones, ejercerá el control necesario para mejorar la calidad de los servicios médicos, la satisfacción de los usuarios y coadyuvar al equilibrio financiero de los diferentes ramos de seguro.

ARTÍCULO 134. Es responsabilidad de las direcciones regionales y delegaciones, la evaluación del nivel operativo, el desarrollo de los programas institucionales, así como la implantación y vigilancia del estricto cumplimiento de la normatividad sectorial e institucional aplicable a la prestación de los servicios en materia de salud.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Reglamento entrará en vigor el primero de julio de mil novecientos noventa y siete.

SEGUNDO. Se aboga el Reglamento de las Ramas de Riesgos Profesionales y Enfermedades no Profesionales y Maternidad, aprobado mediante Acuerdo del Consejo Técnico número 52-802 del veinticuatro de febrero de mil novecientos cincuenta y ocho.

TERCERO. Se aboga el Reglamento de Traslado de Enfermos, aprobado por Acuerdo del Consejo Técnico número 790/75 del 17 de marzo de 1975, así como las modificaciones publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 5 de enero de 1995.

CUARTO. Se aboga el Reglamento para la Expedición de Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo a los Asegurados del Régimen Obligatorio del Seguro Social, aprobado por el H. Consejo Técnico en Acuerdo 623/93 de fecha 15 de diciembre de 1993.

QUINTO. Con la finalidad de incrementar la satisfacción de los usuarios y mejorar la calidad, equidad y eficiencia de los servicios, a través de la participación responsable de derechohabientes y prestadores de servicios, la elección libre por parte del asegurado de su médico familiar, se realizará hasta el momento en que el Instituto instrumente los procedimientos administrativos que en su caso correspondan.

El Secretario General del Instituto Mexicano del Seguro Social, **Juan Moisés Calleja García**. - Rúbrica.