

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ACUERDO ACDO.SA1.HCT.260613/181.P.DIR y sus anexos, relativo a la aprobación de las Disposiciones de Carácter General para la Prestación Indirecta de Servicios Médicos y Hospitalarios, así como para la Reversión Parcial de Cuotas Obrero Patronales.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Instituto Mexicano del Seguro Social.- Secretaría General.

El H. Consejo Técnico, en la sesión ordinaria celebrada el día 26 de junio del presente año, dictó el Acuerdo ACDO.SA1.HCT.260613/181.P.DIR, en los siguientes términos:

“Este Consejo Técnico, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 63, 89, fracción III, 251, fracciones I, II, IV y XXXVII, 263 y 264, fracciones III, VII, XIV y XVII, de la Ley del Seguro Social; 31, fracciones IV y XX, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social; y conforme al planteamiento presentado por la Dirección General, por conducto del Director de Incorporación y Recaudación, mediante oficio 255 del 14 de junio de 2013, así como la resolución tomada por el Comité del mismo nombre del propio Órgano de Gobierno, en reunión celebrada el día 13 del mes y año citados, **Acuerda: Primero.-** Aprobar las ‘Disposiciones de Carácter General para la Prestación Indirecta de Servicios Médicos y Hospitalarios, así como para la Reversión Parcial de Cuotas Obrero Patronales, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 89, fracción III y 264, fracción VII, de la Ley del Seguro Social’, que se describen en el Anexo Único del presente Acuerdo. **Segundo.-** Instruir a la Dirección Jurídica, para que tramite la publicación del presente Acuerdo y su Anexo, en el Diario Oficial de la Federación. **Tercero.-** Las Direcciones Normativas, podrán establecer los procedimientos necesarios para la debida implementación de las disposiciones en materia de su competencia. **Cuarto.-** Las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el presente Acuerdo, entrarán en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación”.

Atentamente.

México, D.F., a 27 de junio de 2013.- El Secretario General, **Juan Moisés Calleja García.**- Rúbrica.

ANEXO ÚNICO

DISPOSICIONES DE CARÁCTER GENERAL PARA LA PRESTACIÓN INDIRECTA DE SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS, ASÍ COMO PARA LA REVERSIÓN PARCIAL DE CUOTAS OBRERO PATRONALES, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 89, FRACCIÓN III Y 264, FRACCIÓN VII DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL

El Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social, con fundamento en los artículos 63, 89, fracción III, 251, fracciones I, II, IV y XXXVII, 263 y 264, fracciones III, VII, XIV y XVII de la Ley del Seguro Social, así como 31, fracciones IV y XX del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, y

CONSIDERANDO

Que el Instituto Mexicano del Seguro Social, de conformidad con lo establecido en el artículo 89, fracción III de la Ley del Seguro Social, puede prestar los servicios médicos que tiene encomendados de forma indirecta, mediante la celebración de convenios con quienes tuvieren establecidos servicios médicos y hospitalarios. En caso de tratarse de patrones sujetos del Régimen Obligatorio del Seguro Social, en dichos convenios puede acordarse la reversión de una parte de la cuota patronal y obrera en proporción a la naturaleza y cuantía de los servicios médicos y hospitalarios que proporcione el patrón a los trabajadores, así como el pago de subsidios mediante un sistema de reembolsos. Estos convenios no podrán celebrarse sin la previa anuencia de los trabajadores o de su organización representativa.

Que las personas a que se refiere el artículo citado, están obligadas a proporcionar al Instituto los informes y estadísticas médicas o administrativas que éste les exigiere, así como a sujetarse a las instrucciones, normas técnicas, inspecciones y vigilancia prescritas por el mismo, en los términos del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Que el Consejo Técnico, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 264, fracción VII de la Ley del Seguro Social, cuenta con atribuciones para emitir las disposiciones de carácter general sobre la reversión de cuotas para los seguros que expresamente establece dicha Ley y las correspondientes a la prestación indirecta de servicios.

Que con el fin de que los Órganos Normativos del Instituto cuenten con los elementos necesarios para atender en la forma procedente las solicitudes planteadas directamente por el patrón conforme a los supuestos de la fracción III del artículo 89 de la Ley, se emiten las siguientes:

DISPOSICIONES DE CARÁCTER GENERAL PARA LA PRESTACIÓN INDIRECTA DE SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS, ASÍ COMO PARA LA REVERSIÓN PARCIAL DE CUOTAS OBRERO PATRONALES, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 89, FRACCIÓN III Y 264. FRACCIÓN VII DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL.

I. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Para los efectos de estas disposiciones son aplicables las definiciones establecidas en el artículo 5 A de la Ley del Seguro Social, y las siguientes:

- 1) **Disposiciones de carácter general:** las presentes disposiciones de carácter general para la prestación indirecta de servicios médicos y hospitalarios, así como para la reversión parcial de cuotas obrero patronales;
- 2) **Órganos Normativos:** las direcciones a que se refiere el artículo 3, fracción II del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como las unidades y coordinaciones que de ellas dependan, y
- 3) **Servicios subrogados:** las prestaciones relativas a la asistencia médico quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria, de los seguros de Enfermedades y Maternidad y de Riesgos de Trabajo.

II. GENERALIDADES

- 1) Es potestad del Instituto autorizar y formalizar convenios de subrogación directamente con los patrones que tuvieren establecidos servicios médicos y hospitalarios, incluyendo los contratados con terceros, con apego a lo establecido en la Ley, sus reglamentos y las presentes Disposiciones de carácter general.
- 2) La subrogación de servicios que se convenga, será únicamente por las prestaciones médicas correspondientes al Seguro de Enfermedades y Maternidad y al Seguro de Riesgos de Trabajo. A solicitud del patrón, se podrá convenir adicionalmente el pago indirecto y reembolso de subsidios.
- 3) Los convenios de subrogación no podrán ser celebrados con personas distintas del patrón directo de los trabajadores beneficiarios de los servicios subrogados ni podrán amparar registros patronales que se encuentren a nombre personas distintas del contratante. En caso de sustitución patronal, fusión, escisión y cualquiera otra situación jurídica que modifique la denominación o naturaleza del patrón, el Instituto podrá dar por terminado el convenio de subrogación celebrado, salvo que la continuación de su vigencia sea autorizada por el Instituto conforme a lo previsto en las presentes disposiciones.
- 4) En la autorización de los convenios a que se refieren estas Disposiciones de carácter general, se observarán los principios siguientes:
 - a. **No discriminación.** Consistente en que los trabajadores reciban la atención médica en igualdad de condiciones, sin importar su edad, origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil, sus funciones, sueldo o posición en la estructura organizacional de la empresa, o cualquier otra circunstancia.
 - b. **Integralidad.** Se refiere a que el servicio médico se otorgue, al menos, en las mismas condiciones en que lo hace el Instituto a sus derechohabientes, en los aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación, incluyendo urgencias en el nivel de atención que corresponda.
 - c. **No discrecionalidad.** Los supuestos y condiciones para la celebración de los convenios son los establecidos en la Ley, sus reglamentos y las presentes Disposiciones de carácter general, a las que deberán sujetarse los Órganos Normativos para resolver sobre las solicitudes recibidas, de manera que la resolución que recaiga a dichas peticiones no sea de carácter discrecional.
- 5) La celebración de convenios de subrogación de servicios se llevará a cabo de manera excepcional cuando así convenga a los intereses del Instituto, tomando en consideración los estudios o dictámenes a los que se refieren estas Disposiciones de carácter general.
- 6) El convenio deberá suscribirse por el Director Jurídico del Instituto, una vez autorizado por el H. Consejo Técnico.

- 7) Las Direcciones de Incorporación y Recaudación, Finanzas, Prestaciones Médicas y Prestaciones Económicas y Sociales, en el ámbito de su competencia, deberán implementar los mecanismos técnicos y legales para el cumplimiento de cada instrumento jurídico.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Las presentes Disposiciones de carácter general serán aplicables en las Delegaciones Estatales, Regionales y del Distrito Federal.

IV. SUJETOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS CON REVERSIÓN DE CUOTAS

Los patrones sujetos del Régimen Obligatorio del Seguro Social que tengan establecidos servicios médicos y hospitalarios, y soliciten celebrar directamente convenios de subrogación para proporcionar a los trabajadores a su servicio y sus beneficiarios, las prestaciones relativas a la asistencia médico quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria, de los seguros de Enfermedades y Maternidad y de Riesgos de Trabajo establecidos en la Ley, en igualdad de condiciones y con al menos la misma calidad que los servicios institucionales.

V. REQUISITOS DE LA SOLICITUD DEL CONVENIO

El patrón interesado en celebrar un convenio de los señalados en la fracción III del artículo 89 de la Ley, deberá estar al corriente de sus obligaciones fiscales en materia del Seguro Social, así como presentar ante la Dirección de Incorporación y Recaudación, una solicitud por escrito, la cual deberá contener los datos generales de su empresa, a quien deben prestar servicios directamente los trabajadores a ser cubiertos por el convenio, y estar acompañada de los documentos siguientes:

- 1) Nombre, denominación o razón social, registro federal de contribuyentes y número de registro patronal;
- 2) Escrito en el que conste la anuencia y conformidad de los trabajadores o de su organización representativa, para que el patrón proporcione a los sujetos de aseguramiento en el Régimen Obligatorio del Seguro Social y a los beneficiarios de éstos, los servicios médicos y hospitalarios materia del convenio, obligándose a firmar en su oportunidad el convenio de reversión de cuotas que se llegue a autorizar al referido patrón;
- 3) Relación de sus trabajadores y de los beneficiarios de éstos, en la que se indique la fecha de nacimiento y sexo de unos y otros, así como el salario base de cotización de los primeros o una copia de la nómina del mes inmediato anterior o de la última cédula de determinación correspondiente pagada al Instituto;
- 4) Planos arquitectónicos de las instalaciones en las que se proporcionarían los servicios subrogados, ubicación de las mismas y una descripción detallada de sus características;
- 5) Manifestación escrita del patrón en la que otorgue su consentimiento para que el Instituto lleve a cabo una supervisión periódica de las instalaciones en las que se otorgaría la atención médica y evalúe la calidad de los servicios subrogados que se estén proporcionando en las mismas;
- 6) Acreditar ante el Instituto la capacidad del personal técnico, médico y paramédico que prestaría el servicio subrogado, exhibiendo para tal efecto, las cédulas profesionales o cualquier otro documento oficial que demuestre fehacientemente la capacidad para el ejercicio profesional;
- 7) Acreditar que cuentan con servicios médicos y hospitalarios certificados o en proceso de certificación ante el Consejo de Salubridad General y que dichos servicios se ajustan al marco jurídico aplicable, así como a las normas oficiales mexicanas, los procedimientos, instrucciones, normas técnicas y médicas establecidas por el Instituto, y
- 8) Presentar el dictamen en materia de protección civil, emitido por la autoridad competente, en el cual se acredite que las instalaciones donde se prestarán los servicios médicos y hospitalarios cumplen con las disposiciones aplicables en materia de seguridad y protección civil.

VI. EVALUACIÓN DE LAS SOLICITUDES

- 1) El Instituto podrá autorizar y formalizar convenios de subrogación de servicios médicos con reversión de cuotas, cuando se cumplan las condiciones siguientes:
 - a) El Instituto no pueda atender directamente la totalidad de la demanda de sus derechohabientes en el área geográfica en la que se ubica el centro de trabajo del Patrón solicitante del convenio, o
 - b) En los casos en que, existan ventajas financieras al proporcionarlos en forma indirecta.

- 2) En ningún caso, el Instituto autorizará la celebración de convenios con personas distintas al patrón directo de los trabajadores beneficiarios de los servicios subrogados ni que en dichos convenios se amparen registros patronales que se encuentren a nombre de personas distintas al contratante.
- 3) Las Direcciones de Prestaciones Médicas y de Administración y Evaluación de Delegaciones, elaborarán un dictamen técnico-médico, en el ámbito de su competencia, que incluya la evaluación de la capacidad y funcionalidad de las instalaciones médicas y hospitalarias en las que se brindarían los servicios subrogados.
- 4) Para autorizar la prestación de los servicios subrogados con reversión de cuotas, se tomará en cuenta el equilibrio financiero del Instituto. Para ello, la Dirección de Finanzas elaborará un dictamen técnico respecto del impacto de la reversión de cuotas en las finanzas del mismo, así como de la conveniencia de la prestación indirecta de los servicios médicos.
- 5) Para autorizar la prestación de los servicios subrogados con reversión de cuotas, se tomará en cuenta la protección de los derechos de los trabajadores en materia de salud. Para ello se utilizarán como base los indicadores que tiene establecidos el Instituto, relativos al número de trabajadores y sus beneficiarios registrados y el número de médicos y personal de apoyo que proporcionará la atención, así como la suficiencia de medicamentos y demás bienes de consumo, mobiliario, instrumental quirúrgico, equipo médico y de apoyo, y las características de cada caso en particular.
- 6) Las Direcciones Jurídica, de Incorporación y Recaudación, de Finanzas, de Prestaciones Médicas y de Prestaciones Económicas y Sociales, deberán evaluar la solicitud en el ámbito de su competencia y, en su caso, pronunciarse acerca de la procedencia de la celebración del convenio de subrogación de servicios médicos con reversión de cuotas.
- 7) El H. Consejo Técnico del Instituto autorizará la celebración de convenio de subrogación de servicios médicos con reversión de cuotas de que se trate.

VII. OBLIGACIONES EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SUBROGADOS.

- 1) Los patrones, para realizar los registros, anotaciones y certificaciones relativas a las incapacidades temporales para el trabajo y a la atención a la salud de los trabajadores y sus beneficiarios, utilizarán los medios que el Instituto determine, ya sean escritos, electrónicos, magnéticos, ópticos o magneto ópticos, que sean compatibles con el expediente electrónico que utiliza el Instituto en sus unidades médicas, tanto para llevar el control y estadística de las incapacidades por riesgos de trabajo, o por enfermedad profesional, como para integrar en las unidades médicas y hospitalarias respectivas un Expediente Clínico Electrónico, para cada derechohabiente, en el cual se registrarán los antecedentes de la atención que haya recibido el derechohabiente por los servicios de medicina preventiva, consulta externa, urgencias, hospitalización, quirúrgicos, auxiliares de diagnóstico y de tratamiento, así como de rehabilitación y salud en el trabajo.
- 2) El Instituto a través de las Áreas de Afiliación y Vigencia adscribirá al trabajador a la Unidad de Medicina Familiar de acuerdo con el domicilio particular de éste, con la finalidad de facilitar la prescripción de las incapacidades temporales para el trabajo, la calificación y dictaminación de los riesgos de trabajo y determinación del estado de invalidez del trabajador y del beneficiario incapacitado.
- 3) Para el cumplimiento de las obligaciones a cargo de los prestadores de los servicios subrogados, referidas al Expediente Clínico Electrónico de cada derechohabiente y a los registros de carácter médico, biométrico, clínico, administrativo y estadístico, el Instituto les proporcionará la asesoría y el apoyo técnico necesarios, así como los programas informáticos respectivos y, en su caso, las licencias de uso correspondientes, cuyo uso autorizará el Instituto única y exclusivamente para el cumplimiento del objeto del convenio, siendo estricta responsabilidad de los prestadores de los servicios subrogados el uso de dichos programas en los términos señalados.
- 4) Los prestadores de los servicios subrogados, se sujetarán a las disposiciones legales y reglamentarias aplicables a las normas oficiales mexicanas, así como a los procedimientos, instrucciones y normas técnicas y médicas establecidas por el Instituto. Asimismo, deberán implementar los programas de prevención y atención establecidos en el Instituto.
- 5) El Patrón será el único responsable ante el Instituto de que en la prestación de los servicios subrogados se cumplan las siguientes obligaciones:
 - a) Mantener la confidencialidad del expediente clínico de los trabajadores y de sus beneficiarios, en apego a lo previsto por la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental; la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, y al artículo 111 A de la Ley, cuya información no podrá comunicarse o darse a conocer en forma nominativa e individual, a excepción hecha del Instituto.

- b) Evitar cualquier uso de información del Expediente Clínico Electrónico, ajeno a la atención médica de los trabajadores y sus beneficiarios.
 - c) Evitar cualquier práctica discriminatoria hacia los trabajadores y sus beneficiarios, otorgando dichos servicios en igualdad de condiciones.
 - d) Proporcionar atención médica domiciliaria, cuando el paciente se encuentre imposibilitado física o psíquicamente para acudir a las instalaciones médicas subrogadas.
 - e) Adoptar las características del Expediente Clínico Electrónico que usa el Instituto, a efecto de que la información médica que se incorpore sea compatible con los procedimientos y sistemas del Instituto.
 - f) Utilizar los formatos y medios que establezca el Instituto para verificar la vigencia de derechos de los trabajadores que sean enviados a interconsulta a un segundo o tercer nivel de atención.
 - g) Utilizar los formatos que determine el Instituto para referir a los pacientes a otro nivel de atención y apegarse a los criterios de referencia y contra-referencia establecidos por el Instituto.
 - h) La referencia de pacientes a un segundo o tercer nivel de atención será de acuerdo a la complejidad del padecimiento y a la regionalización que tiene establecido el Instituto, para los asegurados del Régimen Ordinario.
- 6) Cada vez que el médico tratante en los servicios subrogados determine incapacitar al trabajador deberá:
- a) Expedir una "Constancia de Incapacidad Temporal para el Trabajo" tomando en cuenta el perfil del puesto de trabajo. Esta constancia deberá contener, al menos los siguientes datos:
 - Del médico tratante.- Nombre completo y número de cédula profesional.
 - Del patrón.- Nombre, denominación o razón social y número de registro patronal.
 - Del trabajador.- Nombre completo, número de seguridad social, perfil del puesto de trabajo, salario base de cotización, días de incapacidad, fecha de inicio de la incapacidad, si la incapacidad es inicial, subsecuente o recaída, fecha de expedición y días probables de recuperación, así como una breve descripción de la enfermedad o padecimiento por el que se incapacita el trabajador y si es derivada de un riesgo de trabajo, enfermedad o maternidad.
 - b) Elaborar la hoja de "Notas Médicas" en la que se contenga el diagnóstico.
 - c) Tratándose de un riesgo de trabajo, elaborar: el Formato ST-7 "Aviso para Calificar Probable Riesgo de Trabajo", el Formato ST-9 "Aviso de Atención Médica y Calificación de Probable Enfermedad de Trabajo" y/o el Formato ST-8 "Dictamen de Probable Recaída por Riesgo de Trabajo", según corresponda.
 - d) Conservar copia de los documentos anteriores en el expediente clínico del trabajador.
- 7) El médico tratante en los servicios subrogados entregará al paciente los documentos referidos, a efecto de que los presente al médico en la Unidad de Medicina Familiar de su adscripción para que le expida el "Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo".
- 8) Cuando el asegurado, por su estado de salud, no pueda acudir a la Unidad de Medicina Familiar, el Director de la Unidad determinará si la documentación presentada es suficiente para expedir el "Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo" o es necesaria una visita domiciliaria por un médico del Instituto para valorar al paciente.
- 9) El Instituto podrá, en cualquier momento, supervisar y verificar los criterios de expedición de la "Constancia de Incapacidad Temporal para el Trabajo" por medio de la congruencia clínico diagnóstica terapéutica, el perfil del puesto. En caso de no existir congruencia clínico diagnóstica terapéutica que limite desempeñar las actividades del perfil del puesto, el Instituto negará el "Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo" o, en su caso, modificará el número de días señalados en la Constancia a que se refiere el numeral 6 de este apartado, al expedir el "Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo" que corresponda.

- 10) Las valuaciones de incapacidades permanentes totales o parciales derivadas de riesgos de trabajo, así como los dictámenes de estado de invalidez se efectuarán invariablemente por el personal médico del Instituto, para lo cual el Patrón y quienes proporcionen los servicios subrogados, rendirán los informes que les sean solicitados por el Instituto.

VIII. REVERSIÓN PARCIAL DE CUOTAS OBRERO PATRONALES

- 1) La Dirección de Finanzas determinará los porcentajes de reversión aplicables sobre el importe de las cuotas obrero patronales de los seguros de Enfermedades y Maternidad y de Riesgos de Trabajo, considerando la metodología contenida en el Anexo I de estas Disposiciones de carácter general.
- 2) El Instituto podrá revisar y, en su caso, variar los porcentajes de reversión en cualquier tiempo, cuando existan modificaciones en las disposiciones legales aplicables u otras causas que lo justifiquen, observando, invariablemente, que con motivo de este tipo de convenios no se afecte el equilibrio financiero de los seguros de Enfermedades y Maternidad y de Riesgos de Trabajo.

IX. REEMBOLSO DE SUBSIDIOS

Cuando el Patrón convenga con el Instituto en efectuar el pago de los subsidios por incapacidad temporal para el trabajo, los importes pagados por el Patrón por ese concepto le serán reembolsados por el Instituto conforme a lo dispuesto en los artículos 63 segundo párrafo y 89 fracción III de la Ley.

X. DISPOSICIONES EN MATERIA DE INFORMES, ESTADÍSTICA, NORMAS TÉCNICAS E INSPECCIONES.

- 1) El Patrón y las personas que presten los servicios subrogados, deberán entregar al Instituto los informes y estadísticas que éste les solicite en relación con la capacidad de atención en las instalaciones médicas y hospitalarias, así como sujetarse a las instrucciones, reglamentos, disposiciones, normas técnicas, inspecciones, vigilancia, evaluación y seguimiento prescritas por el propio Instituto.
- 2) El Patrón y las personas que proporcionen los servicios subrogados llevarán los registros de carácter médico, biométrico, clínico, administrativo y estadístico que determine el Instituto y le proporcionarán los informes y estadísticas médicas y administrativas con la periodicidad que se establezca en el convenio respectivo.

Los registros antes mencionados y la documentación relativa deberán ser entregados por el Patrón al Instituto en el plazo que éste le señale, en el supuesto de que el convenio respectivo concluya, cualquiera que sea la causa.

- 3) El Patrón será responsable de que se realicen dentro del plazo que en cada caso le señale el Instituto, las acciones establecidas para corregir las deficiencias o irregularidades observadas con motivo de la evaluación de los informes presentados o con motivo de las visitas o inspecciones llevadas a cabo, o bien, derivado del trámite de las quejas presentadas por los derechohabientes directamente al Instituto o, en su caso, ante otros órganos u organismos competentes en la materia.

XI. ESTIPULACIONES DEL CONVENIO

El Convenio deberá contener, al menos, las siguientes estipulaciones:

- 1) El objeto del mismo;
- 2) Nombre, denominación o razón social de las partes;
- 3) Los registros patronales a nombre del patrón, cuyos trabajadores afiliados serán beneficiarios de los servicios subrogados.
- 4) La anuencia de los trabajadores o de su organización representativa;
- 5) La obligación del patrón de proporcionar al Instituto, con la periodicidad que éste le señale, los informes y las estadísticas médicas o administrativas, relacionadas con los servicios subrogados materia del convenio;
- 6) La obligación del patrón de sujetarse a las instrucciones, normas técnicas, inspecciones y vigilancia que el propio Instituto prescriba, en los términos del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social;
- 7) El plazo para operar el Expediente Clínico Electrónico y los registros que éste debe contener;

- 8) La no responsabilidad del Instituto, en los contratos de trabajo que el patrón tenga celebrados con el personal destinado a la prestación y administración de los servicios subrogados, y la mención expresa de que el Instituto, por ningún motivo, asumirá el carácter de patrón sustituto de dicho personal;
- 9) La mención expresa de que en acciones resultantes de mala práctica médica, negligencia, o de reparación de los daños a la salud, que provengan de causas que tengan su origen en la prestación de los servicios subrogados, el patrón será responsable y se obliga a sacar en paz y a salvo al Instituto de cualquier responsabilidad que se genere por ello. El patrón será también el responsable de cualquier otro acto en el que exista o pudiere existir un daño patrimonial al Instituto derivado de los servicios subrogados. Para hacer frente a dichas responsabilidades, el Patrón deberá contar con un seguro de responsabilidad civil, por los montos que el Instituto determine suficientes para cubrir los riesgos de los servicios subrogados y que deberá mantenerse vigente durante toda la duración del convenio;
- 10) La obligación del patrón de reembolsar, en su caso, los importes erogados por el Instituto para reintegrar los gastos en que hubiese incurrido el derechohabiente por haber recibido atención en un servicio médico diferente al subrogado y para pagar las indemnizaciones por daños personales y/o morales; siempre que dichos importes sean generados por causas imputables al patrón en la prestación de los servicios subrogados;
- 11) El procedimiento para que el trabajador o sus beneficiarios puedan acudir al Instituto para denunciar el incumplimiento en que, eventualmente, incurra el patrón en la prestación de los servicios subrogados;
- 12) El porcentaje de reversión de una parte de las cuotas patronal y obrera de los Seguros de Riesgos de Trabajo y de Enfermedades y Maternidad, en proporción a la naturaleza y cuantía de los servicios subrogados;
- 13) La vigencia del convenio y las causas de su terminación;
- 14) Las sanciones por incumplimiento de lo pactado;
- 15) En su caso, la obligación del patrón de suscribir el "Convenio de Pago Indirecto y Reembolso de Subsidios", y
- 16) La confidencialidad de la información, en estricto cumplimiento a la Ley, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y sus reglamentos.

XII. CAUSAS DE TERMINACIÓN DE LOS CONVENIOS.

Serán causa de terminación de los convenios, las siguientes:

- 1) El cumplimiento del plazo de vigencia estipulado;
- 2) El incumplimiento de cualquiera de las obligaciones a cargo del patrón;
- 3) La prestación deficiente o irregular de los servicios subrogados;
- 4) La falta de pago de las cuotas obrero patronales establecidas en la Ley, durante dos meses;
- 5) La comunicación del sindicato o, en su caso, de los trabajadores, por la que manifiesten su desacuerdo en continuar recibiendo los servicios subrogados;
- 6) La manifestación de la voluntad de cualquiera de las partes de dar por terminado en forma anticipada el convenio, debiendo dar el aviso correspondiente por escrito a la contraparte, por lo menos con 180 (ciento ochenta) días naturales de anticipación, a fin de que en dicho plazo las partes realicen las acciones pertinentes para asegurar la continuidad de los servicios subrogados a los trabajadores y sus beneficiarios;
- 7) La sustitución patronal, fusión, escisión y cualquiera otra situación jurídica que modifique la naturaleza del patrón, salvo que el Instituto autorice continuar la vigencia del convenio conforme a lo previsto en las presentes Disposiciones de carácter general.

XIII. INTERPRETACIÓN

La interpretación de estas Disposiciones de carácter general, corresponde a las direcciones de Incorporación y Recaudación, de Finanzas, de Prestaciones Médicas, de Prestaciones Económicas y Sociales, y Jurídica, en el ámbito de sus respectivas atribuciones.

TRANSITORIAS

Primera.- Las presentes Disposiciones de carácter general, entrarán en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Segunda.- Se dejan sin efecto todas las disposiciones que se opongan a lo dispuesto en las presentes Disposiciones de carácter general.

ANEXO DE LAS DISPOSICIONES DE CARÁCTER GENERAL PARA LA PRESTACIÓN INDIRECTA DE SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS, ASÍ COMO PARA LA REVERSIÓN PARCIAL DE CUOTAS OBRERO PATRONALES, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 89 FRACCIÓN III Y 264 FRACCIÓN VII, DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL

Metodología de Cálculo de los Porcentajes de Reversión de Cuotas Obrero Patronales Aplicada para las Prestaciones en Especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad¹ y del Seguro de Riesgos de Trabajo²

1. Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM)

Los porcentajes de reversión de cuotas obrero patronales (COP) para las prestaciones en especie del SEM, serán aplicables a la suma de la cuota fija patronal más la cuota obrero patronal excedente de 3 (tres) salarios mínimos generales vigentes en el Distrito Federal (SMVDF), establecidas en el artículo 106 fracciones I y II, de la Ley. Estos porcentajes se calcularán considerando los siguientes elementos:

1.1 Salario base de cotización (SBC) promedio de los trabajadores de la empresa (S_E) y SBC promedio de los trabajadores totales asegurados en el Instituto (S_{IMSS}), los cuales se tratan de la siguiente forma para los cálculos de la reversión:

$$S_R = \min(S_E, S_{IMSS}),$$

Donde:

S_R = Salario promedio para el cálculo de la cuota de reversión.

S_E = SBC promedio de la empresa³.

S_{IMSS} = SBC promedio del Instituto⁴.

1.2 Prima obrero patronal para las prestaciones en especie en porcentaje del SBC, tanto para el Instituto como para la empresa. Esta prima se determina a partir de la Emisión Mensual Anticipada (EMA) de prestaciones en especie y en dinero del SEM, de acuerdo a la siguiente fórmula.

$$P_{\%SBC}^{PE} = \frac{(EMA_{PE} * P_{PD})}{EMA_{PD}}$$

Donde:

$P_{\%SBC}^{PE}$ = Prima obrero patronal para prestaciones en especie, expresada en porcentaje del salario base de cotización.

P_{PD} = Prima obrero patronal para prestaciones en dinero del SEM, igual a 0.95% del SBC.

1.3 Gasto médico directo e indirecto para las prestaciones en especie con respecto al gasto total del SEM⁵.

¹ En los términos de los artículos 84, 91 y 93 de la Ley del Seguro Social, las prestaciones en especie del SEM se refieren a la asistencia médica quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que proporciona el IMSS a los trabajadores asegurados y a sus familiares beneficiarios.

² En los términos del artículo 56 de Ley del Seguro Social las prestaciones en especie del SRT se refieren a la asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica; servicio de hospitalización; aparatos de prótesis y ortopedia, y rehabilitación, que proporciona el IMSS a los trabajadores asegurados que sufran un riesgo de trabajo.

³ El salario base de cotización de la empresa se calcula a partir de su emisión de prestaciones en dinero, registrada en la Emisión Mensual Anticipada (EMA) que genera la Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR).

⁴ El salario base de cotización del IMSS se calcula a partir de su emisión de prestaciones en dinero del SEM de todos los patrones afiliados al IMSS en las modalidades 10, 13 y 17, la cual se registra en la EMA que genera la DIR. La modalidad 10 se refiere al esquema ordinario urbano; la modalidad 13 a los asalariados del campo, y, la modalidad 17 a los esquemas de reversión de cuotas por subrogación de servicios.

⁵ El gasto médico directo e indirecto se refiere al gasto destinado a la prestación de servicios médicos. Incluye el gasto corriente médico, así como el gasto administrativo de las unidades médicas. Por su parte, el gasto total del SEM incluye el gasto médico directo e indirecto, así como el gasto administrativo no imputable a las unidades médicas, el gasto por subsidios por enfermedad general y maternidad, y los gastos no distribuibles. Todos estos conceptos se determinan a partir de los siguientes documentos: i) Estado de Ingresos y Gastos del SEM de los últimos tres años; y, ii) Gasto médico corriente por ramo de seguro de los últimos tres años.

$$\%G_{PE} = \frac{G_{PE}}{G_{SEM}}$$

Donde:

$\%G_{PE}$ = Porcentaje de gasto de las prestaciones en especie por nivel de atención respecto al gasto total del SEM.

G_{PE} = Gasto en prestaciones en especie por nivel de atención, incluyendo el gasto médico directo y el gasto médico indirecto (administrativo).

G_{SEM} = Gasto total del SEM.

1.4 Prima obrero patronal para el financiamiento del gasto médico directo e indirecto, en porcentaje del SBC, la cual se obtiene multiplicando la variable determinada en el numeral 1.2 ($P_{\%SBC}^{PE}$) por la variable señalada en el numeral 1.3 ($\%G_{PE}$)

$$P_{SEM}^{GM} = P_{\%SBC}^{PE} * \%G_{PE}$$

1.5 Cuota obrero patronal para el financiamiento del gasto médico directo e indirecto, expresada en dinero, la cual se obtiene multiplicando el salario de reversión determinado en el numeral 1.1 (S_R) por la variable definida en el numeral 1.4 (P_{SEM}^{GM}).

$$COP_{\$SEM}^{GM} = S_R * P_{SEM}^{GM}$$

1.6 Cuota obrero patronal de la empresa para las prestaciones en especie, expresada en dinero, la cual se obtiene multiplicando el SBC de la empresa definido en el numeral 1.1 (S_E) por la variable definida en el numeral 1.2 ($P_{\%SBC}^{PE}$).

$$COP_{\$SEM}^{PE} = S_E * P_{\%SBC}^{PE}$$

1.7 Porcentaje de reversión de cuotas obrero patronales para las prestaciones en especie, el cual se obtiene dividiendo la cuota determinada en el numeral 1.5 ($COP_{\$SEM}^{GM}$) entre la cuota definida en el numeral 1.6 ($COP_{\$SEM}^{PE}$), menos el factor de riesgo F_R ⁶

$$\%REV_{SEM}^{PE} = \frac{COP_{\$SEM}^{GM}}{COP_{\$SEM}^{PE}} * (1 - F_R)$$

2. Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT)

En el SRT los porcentajes de reversión para las prestaciones en especie se aplicarán a las cuotas que pagan los patrones por este seguro, las cuales se determinan con base en lo establecido en el artículo 72 de la Ley. Estos porcentajes se calcularán con base en las siguientes variables.

2.1 Salario promedio de cotización de la empresa.

$$S_E = \frac{EMA_{PD}^{SEM}}{P_{PD}^{SEM} * DC}$$

Donde:

S_E = SBC promedio de la empresa.

EMA_{PD}^{SEM} = Emisión mensual anticipada de las prestaciones en dinero del SEM, de la empresa.

P_{PD}^{SEM} = Prima obrero patronal para prestaciones en dinero del SEM igual a 0.95% del SBC.

⁶ El factor de riesgo es el porcentaje de la cuota obrero patronal que el Instituto debe conservar para poder dar en su momento, bajo la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados, atención médica a los trabajadores de empresas que tengan convenio de reversión de cuotas.

DC = Días totales cotizados.

2.2 Prima promedio del SRT en porcentaje del SBC, la cual se determina a partir de la EMA de prestaciones en dinero del SEM, de acuerdo a la siguiente fórmula.

$$P_{\%SBC}^{SRT} = \frac{(EMA^{SRT} * P_{PD}^{SEM})}{EMA_{PD}^{SEM}}$$

Donde:

EMA^{SRT} = Emisión mensual anticipada del SRT, de la empresa.

EMA_{PD}^{SEM} = Emisión mensual anticipada de las prestaciones en dinero del SEM, de la empresa.

P_{PD}^{SEM} = Prima obrero patronal para prestaciones en dinero del SEM igual a 0.95% del SBC.

2.3 Gasto médico directo e indirecto para las prestaciones en especie con respecto al gasto total del SRT⁷.

$$\%G_{PE} = \frac{G_{PE}}{G_{SRT}}$$

Donde:

$\%G_{PE}$ = Porcentaje de gasto de las prestaciones en especie por nivel de atención respecto al gasto total del SRT.

G_{PE} = Gasto en prestaciones en especie por nivel de atención, incluyendo el gasto médico directo y el gasto médico indirecto (administrativo).

G_{SRT} = Gasto total del SRT.

2.4 Prima patronal para el financiamiento del gasto médico directo e indirecto, en porcentaje del SBC, la cual se obtiene multiplicando la variable determinada en el numeral 2.2 ($P_{\%SBC}$) por la variable señalada en el numeral 2.3 ($\%G_{PE}$).

$$P_{SRT}^{GM} = P_{\%SBC} * \%G_{PE}$$

2.5 Cuota patronal para el financiamiento del gasto médico directo e indirecto, expresada en dinero, la cual se obtiene multiplicando el salario de la empresa determinado en el numeral 2.1 (S_E) por la variable definida en el numeral 2.4 (P_{SRT}^{GM}).

$$CP_{SRT}^{GM} = S_E * P_{SRT}^{GM}$$

2.6 Cuota patronal de la empresa, expresada en dinero, la cual se obtiene multiplicando el SBC de la empresa definido en el numeral 2.1 (S_E) por la variable definida en el numeral 2.2 ($P_{\%SBC}$).

$$CP_{SRT} = S_E * P_{\%SBC}$$

2.7 Porcentaje de reversión de cuotas patronales para las prestaciones en especie del SRT, el cual se obtiene dividiendo la cuota determinada en el numeral 2.5 (CP_{SRT}^{GM}) entre la cuota definida en el numeral 2.6 (CP_{SRT}), menos el factor de riesgo F_R ⁸.

$$\%REV_{SRT}^{PE} = \frac{CP_{SRT}^{GM}}{CP_{SRT}} * (1 - F_R)$$

⁷ El gasto médico directo e indirecto se refiere al gasto destinado a la prestación de servicios médicos. Incluye el gasto corriente médico así como el gasto administrativo de las unidades médicas. Por su parte, el gasto total del SRT incluye el gasto médico directo e indirecto, así como el gasto administrativo no imputable a las unidades médicas, el gasto destinado a prestaciones económicas (sumas aseguradas, pensiones provisionales, subsidios, indemnizaciones, ayudas y laudos), y los gastos no distribuibles. Todos estos conceptos se determinan a partir de los siguientes documentos: i) Estado de Ingresos y Gastos del SRT de los últimos tres años; y, ii) Gasto médico corriente por ramo de seguro de los últimos tres años.

⁸ El factor de riesgo es el porcentaje de la cuota obrero patronal que el Instituto debe conservar para poder dar en su momento, bajo la cobertura de Gastos Médicos de Pensionados, atención médica a los trabajadores de empresas que tengan convenio de reversión de cuotas.

México, D.F., a 26 de junio de 2013.- El Director de Incorporación y Recaudación, **Tuffic Miguel Ortega**.-
Rúbrica.