

EN QUÉ CASOS PROCEDE EL REINTEGRO DE GASTOS MÉDICOS POR EL IMSS?



[dropcap custom_class="normal"] L [/dropcap]

amentablemente en nuestro país el servicio médico que prestan las instituciones gubernamentales, como el IMSS o ISSSTE, no es la más adecuada por diversas razones, falta de medicamentos, equipo médico, de laboratorio, negligencia, etc., por lo que en muchas ocasiones los derechohabientes prefieren usar el servicio médico particular.

De hecho, y de acuerdo a datos del Instituto Nacional de la Salud Pública, alrededor de un tercio de los derechohabientes a las instituciones de seguridad pública en el país, sea IMSS o ISSSTE, optan por acudir a servicio médico particular, erogando un promedio de 59,000 millones del pesos al año por esta razón.

Por lo que cuando el derechohabiente tiene que desembolsar cantidades importantes por tener que atenderse con médicos privados y no en el IMSS o ISSSTE, bajo el argumento de la falta de calidad en el servicio, o que no le atendieron, entre otros, pues surge la inquietud por determinar si el IMSS tendría la obligación de reembolsarle al derechohabiente el monto que erogó por la atención médica privada.

Al respecto, es necesario precisar que si es posible el reembolso de tales cantidades, si es que se cumple con las condiciones para ello, aunque como todo trámite ante una entidad gubernamental el proceso pueda ser largo y engorroso.

Antes que nada es necesario aclarar que el posible reembolso de gastos médicos no procedería si es que el derechohabiente por su propia decisión y responsabilidad se interna en un hospital privado o acude al médico particular, sin acudir al IMSS.

En estos casos, el IMSS quedará relevado de toda responsabilidad, salvo la de emitir el certificado de incapacidad correspondiente, según se desprende del texto del artículo 87 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS.

Lo mismo ocurriría si el derechohabiente estando ya hospitalizado en el IMSS, solicita su alta médica voluntaria y luego acude a una institución o médico privado.

Al respecto, podemos encontrar la siguiente tesis del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa, consultable en la revista del mismo tribunal del mes de Julio de 2014:

[alert_box style="message" close="no" custom_class=""]

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. QUEDA RELEVADO DE TODA RESPONSABILIDAD Y DEL REINTEGRO DE LOS GASTOS, CUANDO SE ACREDITE QUE EL PACIENTE SE INTERNO EN UN HOSPITAL PRIVADO, UNA VEZ QUE SOLICITO SU ALTA MEDICA VOLUNTARIA. Cuando en un juicio contencioso administrativo federal, el patrón alegue que procede se reintegren los gastos efectuados por una atención médica privada a un trabajador, debido a que el Instituto no le prestó los servicios a los que está obligado, o bien los prestó deficientemente, o no contaba con los medios necesarios para prestar la atención correspondiente, y en juicio tal institución acredita documentalmente que el paciente solicitó su alta médica voluntaria, debe de declararse la improcedencia del mencionado reintegro, toda vez que el artículo 87 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, es claro al señalar que cuando un derechohabiente por propia decisión y bajo su responsabilidad, sea internado en una unidad hospitalaria que no pertenezca al Instituto, este quedará relevado de

toda responsabilidad, salvo la relacionada con la expedición del certificado de incapacidad temporal para el trabajo a que tuviere derecho. En este caso, es responsabilidad del paciente, trasladarse a una institución privada, máxime si se demuestra en el juicio, que solicitó su alta médica de manera voluntaria, por desconocimiento de su parte con respecto de su enfermedad.

Juicio Contencioso Administrativo Núm. 264/14-TSA-2.- Expediente de Origen Núm. 652/13-03-01-2.- Resuelto por la Tercera Sala Auxiliar del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa, el 27 de mayo de 2014, por unanimidad de votos.- Magistrado Instructor: Rubén Rocha Rivera.- Secretario: Lic. Mario Rodríguez Junco.

Revista del TFJFA, séptima época, año IV, número 36, julio de 2014, páginas 422 y 423.[/alert_box]

Por lo que para que el IMSS se encuentre obligado a reintegrar el monto de los gastos médicos incurridos por el derechohabiente, es necesario que el mismo haya acudido al IMSS y se le hayan negado los servicios médicos, se le hayan prestado deficientemente, que no hubiese sido atendido por no contarse con los medios para prestar la atención correspondiente, como los son medicamentos, laboratorios, equipo médico, etc.

La siguiente tesis del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa hace referencia a que para la procedencia del reintegro de gastos médicos es necesario haber acudido al IMSS y no haber sido atendido:

[alert_box style="message" close="no" custom_class=""]

REINTEGRO DE GASTOS MÉDICOS POR DEFICIENCIA DE LOS SERVICIOS QUE DEBE BRINDAR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. CASO EN EL QUE ES PROCEDENTE.- De conformidad con los artículos 89, de la Ley del Seguro Social, 17 del Instructivo para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, y la cláusula tercera, primer párrafo, del convenio de 22 de abril de 1988, suscrito por el Instituto Mexicano del Seguro Social, y la Comisión Federal de Electricidad, cuando las quejas administrativas impliquen el reintegro de gastos médicos por omisión o deficiencia de los servicios que debe brindar el Instituto Mexicano del Seguro Social a sus derechohabientes y dichas circunstancias queden debidamente acreditadas en el expediente, el Instituto reconocerá en definitiva la falta de prestación del servicio o la deficiencia de éste, y se considerará procedente el pago a Comisión Federal de Electricidad de las sumas que ésta haya cubierto a sus trabajadores por honorarios y en general aquellas empleadas para allegarse a la atención médica y medicinas necesarias. Así se acredita la ilegalidad del acto impugnado cuando la autoridad del Instituto Mexicano del Seguro Social niega el reintegro de gastos médicos, en los casos en que a pesar de que la asegurada en dos ocasiones acude a atención médica, se rechaza que ingrese a la unidad médica, con lo cual se le obliga al uso de servicios médicos particulares en donde es atendida inmediatamente y realiza los gastos médicos cuyo reintegro se solicita, pues esas circunstancias ponen de manifiesto la deficiente atención médica por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social.

H. Sala Regional Chiapas- Tabasco del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa, Febrero del 2010, publicada en la revista del Tribunal en la página 395.[/alert_box]

Asimismo, procedería el reembolso de gastos médicos si es que el derechohabiente tuvo por acudir a servicio médico particular derivado de que el IMSS no pudo brindar la atención médica por causa de fuerza mayor o caso fortuito, según se desprende la siguiente tesis del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa:

[alert_box style="message" close="no" custom_class=""]

I-TS-8088

REINTEGRO DE GASTOS MÉDICOS POR EL IMSS, PROCEDE EL. No obstante que exista caso fortuito o fuerza mayor. El Mexicano del Seguro Social está obligado a reintegrar los gastos médicos erogados por los derechohabientes del seguro social obligatorio, cuando por caso fortuito o fuerza mayor, no pudiere otorgar las prestaciones médicas a que se encuentra obligado, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 4o. del Reglamento de las Ramas de Riesgos Profesionales y enfermedades no Profesionales y Maternidad.

RESOLUCIÓN DEL 29 DE JUNIO DE 1973. JUICIO 605/73, seguido por HIPOLITO CANTU PEÑA, en contra del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social y Secretaría de Hacienda y Crédito Público, resuelto por la Quinta Sala del Tribunal Fiscal de la Federación.

R.T.F.F. Primera Época. Año XXXVII. Nos. 436-438. Abril-Junio. 1973. p. 281.[/alert_box]

Por otra parte, la situación que haya sido por la que se optó por acudir al servicio médico particular debe ser probada por el derechohabiente, según criterios contenidos en las siguientes resoluciones:

[alert_box style="message" close="no" custom_class=""]

Época: Octava Época

Registro: 230099

Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito

Tipo de Tesis: Aislada

Fuente: Semanario Judicial de la Federación

Tomo II, Segunda Parte-1, Julio-Diciembre de 1988

Materia(s): Laboral

Tesis:

Página: 277

GASTOS MEDICOS, PRESUPUESTOS DE LA ACCION PARA RECLAMAR AL I.M.S.S. LOS, POR NEGATIVA DEL SERVICIO. Cuando un derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social reclama el reintegro de gastos médicos, como presupuesto de su acción debe demostrar que solicitó atención médica, la cual fue negada.

PRIMER TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA DE TRABAJO DEL PRIMER CIRCUITO.

Amparo directo 8171/88. Amalia Josefina Candelas Campillo. 13 de octubre de 1988. Unanimidad de votos. Ponente: Roberto Gómez Argüello. Secretario: Gilberto León Hernández.

LA OMISIÓN O DEFICIENCIA EN QUE INCURRE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN LA ATENCIÓN DE UN TRABAJADOR DE LA COMISIÓN FEDERAL DE ELECTRICIDAD, O DE UNO DE SUS BENEFICIARIOS, DEBE ESTAR PLENAMENTE ACREDITADA DE AUTOS.- Es un elemento establecido en los convenidos celebrados por la Comisión Federal de Electricidad y el Instituto Mexicano del Seguro Social de fechas 22 de abril de 1986 y 1988, que la Comisión Federal de Electricidad, deba cerciorarse de la omisión o deficiencia en que incurrió el Instituto Mexicano del Seguro Social, para que proceda a solicitar el reembolso a cargo del Instituto del pago de los gastos médicos o en instituciones particulares, derivado de la omisión o deficiencia en la prestación del servicio, pues no basta, la simple afirmación de un hecho, si éste no se encuentra corroborado con prueba alguna que lo soporte, en términos de lo dispuesto por el artículo 81 del Código Federal de Procedimientos Civiles de aplicación supletoria, de modo que si no existe en autos un informe o dictamen de un médico ofrecido por la Comisión Federal de Electricidad, en el que se señale que el Instituto Mexicano del Seguro Social, incurrió en omisiones o deficiencias en la atención de un trabajador de la citada Comisión, o de uno de sus beneficiarios, es infundado por insuficiente el concepto de impugnación propuesto por la Comisión, pues de autos debe desprenderse la omisión o deficiencia que atribuye al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Segunda Sala Regional de Oriente del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa, el 14 de mayo de 2009, por unanimidad de votos, publicada en la revista del Tribunal el mes de Febrero del 2010 en la publicación inserta en la página 367.[/alert_box]

CONCLUSIÓN

Para lograr el reembolso de gastos médicos en que hayan incurrido los derechohabientes del IMSS al acudir a instituciones privadas, es necesario que se haya acudido a la clínica respectiva del IMSS y se haya negado el servicio, haya sido deficiente, incluso hasta por causa de fuerza mayor o caso fortuito, pero nunca se podrá lograr el reembolso si de manera directa se acude con el médico particular y luego se pretende el reintegro de lo pagado.