

Revista Latinoamericana de Derecho Social

Alejandro Romero Reyes

EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ANTE EL PAGO DE GASTOS MÉDICOS EROGADOS POR DERECHOHABIENTES EN EL EXTRANJERO¹

*THE MEXICAN INSTITUTE OF SOCIAL INSURANCE BEFORE PAYMENT MEDICAL EXPENSES INCURRED BY
BENEFICIARIES ABROAD*

*L'INSTITUT MEXICAIN DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (IMSS, SELON SON SIGLE EN ESPAGNOL) ET LES
DÉPENSES DE SANTÉ EFFECTUÉS
POUR LES BÉNÉFICIAIRES À L'ÉTRANGER*

Alejandro ROMERO REYES²

RESUMEN: El presente artículo tiene por objetivo analizar el ámbito espacial de aplicación de la Ley de Seguro Social y los tratados internacionales que ha suscrito el Estado mexicano en materia de seguridad social, en lo relativo al seguro de enfermedades, para determinar si el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) está obligado a cubrir gastos médicos ocurridos a derechohabientes cuando sufren una enfermedad durante su estancia en el extranjero. Por motivos de trabajo a veces formal e informal, recreativos, esparcimiento, etcétera, los derechohabientes del IMSS en ocasiones se encuentren en otro país, algunos han sufrido enfermedades o accidentes imprevistos; en algunos casos han reclamado el rembolso de dichos gastos, cuestión que ya se ha planteado ante tribunales nacionales.

Palabras clave: gastos médicos, tratados internacionales, Instituto Mexicano del Seguro Social, territorio nacional, derechohabientes.

ABSTRACT: This article deals with the enforceability of the sickness insurance coverage set out by the Mexican Law of Social Security at the light of the International Treaties ratified by the United States

of Mexico on Social Security. Beneficiaries of the Mexican Social Security scheme sometimes reallocate or mobilize from one country to another, either permanently or temporarily. It is that case that while staying abroad the beneficiaries are in the need to receive medical assistance whose costs are paid in first instance by the beneficiaries. It is the purpose of this article to examine the Mexican Courts' criteria and resolutions which might lead to the beneficiaries are reimbursed of those costs by the Mexican Social Insurance scheme.

Key Words: Medical Expenses, International Treaties, Mexican Institute of Social Security, Homeland, Beneficiaries.

RÉSUMÉ: Le présent document a pour objectif, d'analyser le champ de l'application territoriale de la loi de la sécurité sociale et les traités internationaux qui ont été ratifiés par le Mexique, dans le domaine de la sécurité sociale, en ce qui concerne l'assurance des maladies. Pour déterminer si l'Institut mexicain de la sécurité sociale est tenu de verser les dépenses de santé effectuées par leurs bénéficiaires qui tombent malades à l'étranger. Celui-ci, en raison du travail formel et informel, les activités récréatives et les loisirs, entre autres, parfois, les bénéficiaires de la sécurité sociale qui sont à l'étranger peuvent tomber malades ou accidentés. En certains cas, les bénéficiaires ont demandé le remboursement des coûts, lesquelles ont posées leurs différends aux tribunaux nationaux.

Mots-clés: Dépenses médicales, traités internationaux, institut mexicain de la sécurité sociale, territoire national, bénéficiaires.

SUMARIO: I. *Enfermedades de trabajo y enfermedades no profesionales.* II. *Ámbito espacial de aplicación de la Ley del Seguro Social.* III. *Seguro de enfermedades (prestaciones en especie y dinero).* IV. *Tratados internacionales o acuerdos interinstitucionales que México o sus organismos de Estado han suscrito en materia de seguridad social relacionados con el seguro de enfermedades.* V. *Ánálisis de tesis aisladas relativas al rembolso ante el IMSS por pago de gastos médicos en el extranjero.* VI. *Conclusiones.* VII. *Bibliografía.*

I. ENFERMEDADES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES NO PROFESIONALES

El Seguro Social es el instrumento de la seguridad social; entre sus funciones se encuentra la atención a las enfermedades de los derechohabientes y sus beneficiarios. Las contingencias y servicios que se proporcionan mediante prestaciones en especie y en dinero, en las formas y condiciones previstas por la Ley del Seguro Social y sus reglamentos. Lo anterior se materializa ante el IMSS.

Un ramo de aseguramiento es el relativo a enfermedades y maternidad, (aunque para efectos del presente trabajo se delimitará a enfermedades de trabajo o enfermedades no profesionales) de acuerdo

con los artículos 11 fracción II y 84 a 104 de la Ley del Seguro Social.

En el caso de enfermedades de trabajo se entiende como 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. Lo que resulta congruente en los artículos 476 de la Ley Federal de Trabajo y 43 de la Ley de Seguro Social. Por exclusión las enfermedades que no sean originadas con motivo del trabajo, se les conoce como enfermedades no profesionales y comúnmente se les conoce como enfermedad general.

Por lo anterior, las enfermedades de trabajo sólo tendrán aplicación para los asegurados que tengan una relación de trabajo y se encuentren vigentes en sus derechos ante el IMSS, por ende, en el caso concreto de enfermedades de trabajo excluye a los beneficiarios del asegurado y pensionados, no obstantes éstos sí tienen derecho a la atención de enfermedades generales, cuya atención se proporciona en las clínicas y hospitales del IMSS del territorio nacional, como se analizará más adelante.

II. ÁMBITO ESPACIAL DE APLICACIÓN DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL

Toda ley tiene un ámbito temporal y un ámbito espacial de vigencia. Esto significa que sólo obliga por cierto tiempo, y en determinada porción del espacio.³ Ese ámbito espacial de aplicación de la ley está delimitado por el Estado que la promulga en su territorio.

Tradicionalmente, se han considerado como elementos que integran el Estado: el territorio, la población y el poder. El territorio constituye el elemento geográfico de integración de un Estado, a cuya población resulta aplicable su orden normativo y para el debido orden, se hacen necesarios órganos de poder.

Una característica de los Estados independientes, es la soberanía que ejercen para establecer y aplicar sus leyes en su ámbito territorial. También, los Estados democráticos deben procurar la seguridad de su población y el respeto a sus garantías individuales o derechos humanos. Entre esas medidas de seguridad, se encuentra la protección social que incluye implementar sistemas de seguridad social, para que las personas que se encuentren en dicho Estado gocen de ese derecho humano.

La seguridad social es el conjunto de instituciones, principios, normas y disposiciones que protegen a todos los elementos de la sociedad contra cualquier contingencia que pudieran sufrir, y permite la elevación humana en los aspectos sicológico, moral, económico, social y cultural.⁴

La seguridad social ha sido reconocida como un derecho humano, según se contempla en el artículo 22 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, de la cual México es parte. No obstante,

el Estado mexicano ya había implementado un régimen de seguridad social en 1943, a través de la Ley del Seguro Social, enmendada en 1973 y 1995.

En la vigente Ley del Seguro Social de 1995, con entrada en vigor el 10. de julio de 1997, relativo a su ámbito espacial de aplicación establece en su artículo 1o., la presente Ley es de observancia general en toda la República, en la forma y términos que establece, sus disposiciones son de orden público e interés social.

Para desentrañar el concepto y alcance de República, utilizando el método exegético de interpretación, es decir la voluntad del legislador, por República se debe entender el territorio nacional, que se encuentra descrito y delimitado por los artículos 42 y 43 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que a la letra establecen:

Artículo 42. El territorio nacional comprende:

- I. El de las partes integrantes de la Federación;
- II. El de las islas, incluyendo los arrecifes y cayos en los mares adyacentes;
- III. El de las islas de Guadalupe y las de Revillagigedo situadas en el Océano Pacífico;
- IV. La plataforma continental y los zócalos submarinos de las islas, cayos y arrecifes;
- V. Las aguas de los mares territoriales en la extensión y términos que fija el derecho internacional y las marítimas interiores;
- VI. El espacio situado sobre el territorio nacional, con la extensión y modalidades que establezca el propio derecho internacional.

Artículo 43. Las partes integrantes de la Federación son los estados de Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila de Zaragoza, Colima, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán, Zacatecas y el Distrito Federal.

Esencialmente, un país integra su territorio con el espacio aéreo, marítimo y terrestre. En el caso del espacio marítimo, los países ribereños ejercen derechos de soberanía y jurisdicción específica en zonas marinas adyacentes al mar territorial o bajo dichas aguas reguladas por el derecho internacional de mar, como “zona contigua”, “zona económica exclusiva” y “plataforma continental”.

En el caso de México, en la zona del Golfo de México se encuentran plataformas petroleras que exploran y explotan hidrocarburos en la plataforma continental. El derecho internacional del mar ha regulado que cuando dichas instalaciones se encuentren explorando y explotando recursos naturales

tanto vivos como no vivos, el Estado ribereño puede ejercer jurisdicción o derechos de soberanía sobre las mismas.

El fundamento del ejercicio de la jurisdicción sobre las plataformas petroleras e instalaciones que se ubican en la zona económica exclusiva y la plataforma continental, se encuentra en los artículos 56, numeral 1 inciso b) y 80 de la Convención de las Naciones Unidas sobre el derecho del mar, por lo que independientemente a que estén matriculadas y abanderadas, mientras se encuentren explorando o explotando recursos vivos y no vivos, por ese solo hecho, el Estado ribereño ejerce su jurisdicción.

El personal que trabaja a bordo de dichas plataformas, se encuentra subordinado a una relación de trabajo y por ende le resultan aplicables las disposiciones de seguridad social que ha establecido el Estado mexicano. Aunque, en la práctica generalmente en el caso de enfermedades o accidentes de trabajo, el seguro de protección e indemnización de las plataformas petroleras e instalaciones cubre los gastos originados por accidentes de trabajo o enfermedades de los tripulantes. En algunos casos, cuando son trabajadores sindicalizados, contratados directamente por Petróleos Mexicanos y algunas de sus subsidiarias, reciben atención en clínicas y hospitales propios de dicha institución.

Por lo expuesto, ha quedado definido el ámbito espacial de aplicación de la Ley del Seguro Social en el Estado Mexicano. En dicha Ley se establecen las prestaciones médicas que tienen los derechohabientes inscritos en el IMSS, que se analizarán a continuación.

III. SEGURO DE ENFERMEDADES (PRESTACIONES EN ESPECIE Y DINERO)

Para que las personas se puedan incorporar al IMSS, existen dos regímenes, el voluntario y obligatorio.

| <i>El régimen obligatorio comprende los seguros de:</i> | <i>El régimen voluntario comprende los seguros de:</i> |
|---|--|
| -Riesgos de trabajo | -Enfermedad y maternidad |
| -Enfermedad y maternidad | -Invalidez |
| -Invalidez y vida | -Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez y |
| -Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez y | -Viudez, orfandad y ascendencia |
| -Guarderías y prestaciones sociales (artículo 11 de la Ley del Seguro Social) | (artículos 84 y 241 de la Ley del Seguro Social) |

El seguro de enfermedades y maternidad se encuentra regulado en el capítulo IV de la Ley del Seguro Social (artículos 84 a 104), del que se desprenden dos tipos de prestaciones: en especie y en dinero.

El artículo 91 de la Ley citada menciona que en caso de enfermedad no profesional, el IMSS otorgará al asegurado asistencia médica-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria, desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo de 52 semanas para el mismo padecimiento.

Por su parte el artículo 96 de la Ley invocada establece que en caso de enfermedad no profesional, el asegurado tendrá derecho a un subsidio en dinero que se otorgará cuando la enfermedad lo incapacite para el trabajo. El subsidio se pagará a partir del cuarto día del inicio de la incapacidad, mientras dure ésta y hasta por el término de 52 semanas.

Otro ordenamiento que regula las prestaciones en el ramo del seguro de enfermedades, es el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS (de ahora en adelante el Reglamento de Prestaciones Médicas) el cual establece las normas para la prestación de servicios médicos a los derechohabientes del IMSS.

De acuerdo con el artículo 2o., fracción VII del Reglamento de Prestaciones Médicas, se entiende por enfermedad toda alteración física o mental en el individuo, provocada por una lesión orgánica o funcional, permanente o transitoria, causada por trastornos metabólicos, agentes físicos, químicos, biológicos o sicosociales, que puede o no imposibilitarle para el desempeño del trabajo o actividades de la vida diaria y requiere de la atención médica para su prevención, curación, control o rehabilitación.

Para hacer eficaz el derecho a la atención médica, el IMSS presta los servicios médicos que tiene encomendados directa, indirectamente o mediante convenios de cooperación y colaboración, como lo establece el artículo 89 de la Ley del Seguro Social, que se resumen en lo siguiente:

- Directamente, a través de su propio personal e instalaciones;
- Indirectamente, en virtud de convenios con otros organismos públicos o particulares, para que se encarguen de impartir los servicios del ramo de enfermedades y maternidad y proporcionar las prestaciones en especie y subsidios del ramo de riesgos de trabajo, siempre bajo la vigilancia y responsabilidad del IMSS.
- Asimismo, podrá celebrar convenios con quienes tuvieran establecidos servicios médicos y hospitalarios, pudiendo convenirse, si se tratare de patrones con obligación al seguro, en la reversión de una parte de la cuota patronal y obrera en proporción a la naturaleza y cuantía de los servicios relativos.
- Mediante convenios de cooperación y colaboración con instituciones y organismos de salud de los sectores públicos federal, estatal y municipal.

Corresponde analizar jurídicamente, cuáles son los niveles de atención y dónde se deben prestar los servicios que ofrece el IMSS, lo que se señala en el artículo 4o. del Reglamento de Prestaciones Médicas, que establece:

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

I. Primer Nivel de Atención. Lo constituyen las unidades de medicina familiar en donde se otorga atención médica integral y continua al paciente;

II. Segundo Nivel de Atención. Lo constituyen los hospitales generales de subzona, zona o regionales en donde se atiende a los pacientes, remitidos por los servicios de los distintos niveles de atención, de acuerdo a la zona que les corresponda, para recibir atención diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación, de conformidad a la complejidad de su padecimiento, y

III. Tercer Nivel de Atención. Lo constituyen las Unidades Médicas de Alta Especialidad, que cuentan con la capacidad tecnológica y máxima resolución diagnóstica terapéutica. En este nivel se atiende a los pacientes que los hospitales del segundo nivel de atención remiten, o por excepción los que envíen las unidades del primer nivel, de conformidad con la complejidad del padecimiento.

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

De lo anterior, se desprende que hay tres niveles de atención: primero unidades de medicina familiar; segundo, hospitales generales de subzona, zona o regionales, y tercero unidades médicas de alta especialidad. En los servicios de atención cotidiana, los derechohabientes deben ser canalizados de su unidad de atención familiar, a los hospitales y unidades de alta especialidad, salvo en los casos de urgencia, pueden pasar directamente a los hospitales. El nivel de atención médica de primer nivel, se refleja en el artículo 5o. del Reglamento de Prestaciones Médicas, que a la letra dice:

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

El derecho público subjetivo de los derechohabientes para gozar de prestaciones en especie y dinero en el seguro de enfermedades, se obtiene cuando el derechohabiente se encuentra en territorio nacional adscrito a la unidad de medicina familiar y en caso de urgencia en hospitales o unidades de especialidades médicas, consecuentemente si se encuentra fuera del territorio nacional, física y jurídicamente es imposible que el IMSS cumpla con sus atribuciones, funciones y finalidades que establece la Ley del Seguro Social y sus reglamentos.

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

Por otra parte, de la forma para prestar sus servicios, así como dar atención médica, se desprende que legalmente el IMSS no está obligado a realizar convenios de colaboración con instituciones extranjeras, tampoco a tener unidades médicas fuera del territorio nacional.

Aunque, cabe la posibilidad de que los mexicanos que se encuentran fuera del país se incorporen voluntariamente al IMSS o soliciten el servicio de seguro de salud para la familia. No obstante, como explica Mendizábal Bermúdez, dichas incorporaciones no hacen frente a las necesidades de los trabajadores migrantes mexicanos que radican en el extranjero por algunas razones como:

- Si bien disminuye el gasto de bolsillo en atención a la salud, no es el caso de los grupos familiares que más lo necesitan por tener algún familiar que padezca una enfermedad crónico-degenerativa.
- Los gastos por anualidades adelantadas en suma por la cotización de cada uno de los miembros de una familia son altos, y por ende no accesibles a los migrantes.⁵

En el ámbito de las relaciones internacionales el Estado mexicano ha suscrito tratados internacionales o acuerdos interinstitucionales que regulan la posibilidad de que los derechohabientes del IMSS puedan obtener algunas prestaciones de seguridad social cuando se encuentren en el extranjero, por lo que a continuación se analizará si dichos instrumentos internacionales se aplican al seguro de enfermedades.

IV. TRATADOS INTERNACIONALES O ACUERDOS INTERINSTITUCIONALES QUE MÉXICO O SUS ORGANISMOS DE ESTADO HAN SUSCRITO EN MATERIA DE SEGURIDAD SOCIAL, RELACIONADOS CON EL SEGURO DE ENFERMEDADES

De acuerdo con la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, se entiende por “tratado” un acuerdo internacional celebrado por escrito entre Estados y regido por el derecho internacional, ya conste en un instrumento único o en dos o más instrumentos conexos y cualquiera que sea su denominación particular.

México ha suscrito tratados en materia de seguridad social, por ejemplo:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales.

- Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares.
- Convenio 19 sobre la igualdad de trato en accidentes de trabajo.
- Convenio 118 sobre la igualdad de trato en seguridad social.
- Convenio 102 sobre la norma mínima de seguridad social.

Un tratado que se refiere indirectamente y de forma genérica a la seguridad social es la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que establece en su artículo 22, que toda persona goza del derecho a la seguridad social.

En cuanto al Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, establece en su artículo 9o. que los Estados parte reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social. Por lo que también establecen la obligación genérica, pero no precisa sobre el seguro de enfermedades.

Por su parte, la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares establece en su artículo 27 que los trabajadores migrantes tendrán el mismo trato que los nacionales. Lo que sí ocurre en México, considerando que todas las personas gozan de los derechos humanos y garantías individuales que establece el artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; por ende, de una manera genérica los extranjeros cuentan con seguro de enfermedades si se encuentran inscritos al IMSS.

En cuanto al Convenio 19 sobre la igualdad de trato en accidentes de trabajo, en dicho Tratado, los Estados parte deben aplicarlo cuando un trabajador migrante sufra un accidente de trabajo recibirá el mismo trato que un nacional y tendrá igualdad de derechos en cuanto a la indemnización. En México, la Ley del Seguro Social garantiza esa igualdad, ya que al establecer la categoría de asegurado no hace ninguna distinción entre nacionales y extranjeros.

Respecto al Convenio 118 sobre la igualdad de trato en seguridad social, establece ramas específicas a las que los Estados se comprometen a incluir prestaciones de seguridad social en su legislación nacional para los trabajadores migrantes, entre dichas prestaciones se encuentra lo relativo al ramo de enfermedades. Cuando los nacionales se encuentren laborando en los países que han ratificado el Tratado pueden solicitar dicho beneficio.

En cuanto el Tratado Internacional que establece Condiciones Mínimas de un Sistema de Seguridad Social es el Convenio sobre la Seguridad Social (norma mínima), 1952 (núm. 102). En dicho Tratado se indican las bases para las condiciones mínimas de aseguramiento que deja al derecho interno de los Estados parte, para considerar su adopción en la legislación interna.

Por otro lado, en el carácter de convenios interinstitucionales, regidos por la Ley sobre la Celebración de Tratados, se entiende por acuerdo interinstitucional el convenio regido por el derecho internacional público, celebrado por escrito entre cualquier dependencia u organismo descentralizado de la administración pública federal, estatal o municipal y uno o varios órganos gubernamentales extranjeros u organizaciones internacionales, cualquiera que sea su denominación, sea que derive o no de un tratado previamente aprobado.

El ámbito material de los acuerdos interinstitucionales, deberá circunscribirse exclusivamente a las atribuciones propias de las dependencias y organismos descentralizados, de los niveles de gobierno que suscriben los mencionados en el párrafo anterior.

Al amparo de las normas de la Ley sobre la Celebración de Tratados, el IMSS tiene dos acuerdos de carácter interinstitucional relativos a la seguridad social, uno con el Reino de España suscrito el 25 de abril de 1994 y otro con Canadá suscrito el 27 de abril de 1995.

Dichos convenios fueron firmados por el director del IMSS, lo que encuadra en la figura de acuerdos interinstitucionales, en términos del artículo 2o., fracción II de la Ley sobre la Celebración de Tratados. A grandes rasgos dichos convenios tienen por objeto:

- Evitar la doble tributación a trabajadores temporales y empresas obligadas a contribuir al sistema de su país de origen y al país donde han sido enviados.
- Permitir la totalización de periodos cotizados con el fin de sumar los tiempos de contribución del trabajador en cada país para alcanzar el derecho a una pensión.
- Permitir la transferencia del pago de pensión, cuando residan en alguno de esos países.

De los convenios citados anteriormente, no se desprende obligación alguna en el ramo de enfermedades, porque su esencia se refiere a la contabilización de periodos de cotización al sistema de seguridad social, la doble tributación en el pago de cuotas y pago de pensiones.

Ahora corresponde analizar las tesis aisladas de jurisprudencia que han emitido los tribunales mexicanos, respecto al reembolso de gastos médicos pagados en el extranjero y que algunos derechohabientes han reclamado y presentado el caso en tribunales.

V. ANÁLISIS DE TESIS AISLADAS RELATIVAS AL REMBOLSO ANTE EL IMSSN POR PAGO DE GASTOS MÉDICOS EN EL EXTRANJERO

La palabra jurisprudencia posee dos acepciones distintas. En una de ellas equivale a ciencia del derecho o teoría del orden jurídico positivo. En la otra sirve para designar el conjunto de principios y doctrinas contenidas en las decisiones de los tribunales. En lo que atañe a nuestro derecho podemos hablar, por

tanto, de jurisprudencia obligatoria y no obligatoria. Dichas tesis son de dos especies: o interpretativas de las leyes a que se refieren, o integradoras de sus lagunas.⁶

Conforme al derecho positivo mexicano, la jurisprudencia no es ley en sentido estricto, no crea un tipo sino que interpreta uno existente. Como toda labor de interpretación está determinada sólo al contenido del material de una norma: dice cuál fue desde un principio la voluntad de la ley. Nada se agrega a la norma interpretada, simplemente se fija el contenido desde un principio.⁷

En la actual Ley de Amparo, se señala que se establece jurisprudencia por reiteración de criterios, por contradicción de tesis y por sustitución.

La jurisprudencia por reiteración, la establece la Suprema Corte de Justicia de la Nación, funcionando en pleno o en salas, o por los tribunales colegiados de circuito.

La jurisprudencia por contradicción, se establece por el pleno o las salas de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y por los plenos de circuito.

La jurisprudencia que establezca la Suprema Corte de Justicia de la Nación, funcionando en pleno o en salas es obligatoria para éstas tratándose de lo que decrete el Pleno, y además para los plenos de circuito, los tribunales colegiados y unitarios de circuito, los juzgados de distrito, tribunales militares y judiciales del orden común de los estados y del Distrito Federal, y tribunales administrativos y del trabajo, locales o federales.

La jurisprudencia establecida por los plenos de circuito, es obligatoria para los tribunales colegiados y unitarios de circuito, los juzgados de distrito, tribunales militares y judiciales del orden común de las entidades federativas y tribunales administrativos y del trabajo, locales o federales que se ubiquen dentro del circuito correspondiente.

De acuerdo al artículo 220 de la Ley de Amparo, en el *Semanario Judicial de la Federación*, se publicarán las tesis que se reciban y se distribuirá en forma eficiente para facilitar su conocimiento.

Respecto al pago de gastos médicos erogados en el extranjero, existen tres tesis aisladas de jurisprudencia, aunque cabe aclarar que se emitieron bajo la vigencia de la abrogada Ley de Amparo vigente hasta el 2 de mayo de 2013, dos de ellas derivadas en materia laboral y una en materia civil que aparecen con los siguientes datos de identificación:

1. Octava Época, Registro 213271, tribunales colegiados de circuito, tesis aislada, *Semanario Judicial de la Federación*, t. XIII, marzo de 1994, materia(s) laboral, tesis I.7o.T.254 L, p. 455. SEGURO SOCIAL, IMPROCEDENCIA DE LA RECLAMACION DE PAGO FORMULADA POR DERECHOHABIENTES DEL, RESPECTO A GASTOS MEDICOS EROGADOS EN EL EXTRANJERO.

2. Octava Época, Registro 218560, tribunales colegiados de circuito, tesis aislada, *Semanario Judicial de la Federación*, t. X, septiembre de 1992, materia(s) laboral, tesis, p. 289. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, IMPROCEDENCIA DE LA RECLAMACIÓN HECHA AL. POR EL PAGO DE EROGACIONES EFECTUADAS POR SERVICIO MÉDICO PRESTADO EN EL EXTRANJERO.

3. Novena Época, Registro 184760, tribunales colegiados de circuito, tesis aislada, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, t. XVII, febrero de 2003, materia(s) civil, tesis I.11o.C.55 C, p. 1151. SEGURO SOCIAL. ES IMPROCEDENTE LA RECLAMACIÓN DEL PAGO DE GASTOS MÉDICOS EROGADOS EN EL EXTRANJERO.⁸

Respecto a la primera tesis invocada, derivó de un litigio planteado en materia laboral, la cual establece:

Época: Octava Época

Registro: 213271

Instancia: tribunales colegiados de circuito

Tipo de tesis: aislada

Fuente: *Semanario Judicial de la Federación*

Tomo XIII, marzo de 1994

Materia(s): laboral

Tesis: I.7o.T.254 L

Página: 455

SEGURO SOCIAL, IMPROCEDENCIA DE LA RECLAMACIÓN DE PAGO FORMULADA POR DERECHOHABIENTES DEL, RESPECTO A GASTOS MÉDICOS EROGADOS EN EL EXTRANJERO.

Si bien es cierto que la Ley del Seguro Social y su Reglamento de las Ramas de Riesgos Profesionales y Enfermedades no Profesionales y Maternidad, establecen la posibilidad, en los casos y con las limitaciones que tales ordenamientos señalan, que los derechohabientes del Seguro Social sean atendidos médica o quirúrgicamente por instituciones particulares, correspondiendo a dicho Instituto el pago de los gastos correspondientes por esos conceptos, sin embargo, el hecho de que el asegurado opte por utilizar servicios médicos y hospitalarios en el extranjero, no obliga al Instituto Mexicano del Seguro Social a cubrirle las cantidades que por ese concepto haya erogado, toda vez que de conformidad con lo dispuesto por

el artículo 1o. de la Ley del Seguro Social, ésta sólo tiene como ámbito de aplicación territorial la República Mexicana, no extendiéndose la misma más allá de las fronteras de nuestro país, lo que origina que resulte improcedente la reclamación de pago formulada por un derechohabiente respecto a los gastos que realizó en el extranjero con motivo de su atención médica y quirúrgica, por quedar fuera de la esfera de aplicación de la ley que rige al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Séptimo Tribunal Colegiado en Materia de Trabajo del Primer Circuito.

Amparo directo 6027/93. Instituto Mexicano del Seguro Social. 8 de septiembre de 1993. Unanimidad de votos. Ponente: Martín Borrego Martínez. Secretario: Noé Herrera Perea.

Análisis: la tesis contempla el caso de que un derechohabiente opte por atenderse médica o quirúrgicamente, utilizando servicios médicos y hospitalarios en el extranjero. El Séptimo Tribunal Colegiado en Materia de Trabajo del Primer Circuito, de manera determinante, fundamento su resolución en el artículo 1o. de la Ley del Seguro Social, concluyendo que el ámbito territorial de aplicación de la citada Ley es territorialista, por ende, fuera de las fronteras del Estado mexicano, no tiene aplicación y resultó improcedente la reclamación de rembolso de gastos médicos en el extranjero.

La segunda tesis relacionada al tema, menciona:

Época: Octava Época

Registro: 218560

Instancia: tribunales colegiados de circuito

Tipo de tesis: aislada

Fuente: *Semanario Judicial de la Federación*

Tomo X, septiembre de 1992

Materia(s): laboral

Tesis:

Página: 289

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, IMPROCEDENCIA DE LA RECLAMACIÓN HECHA AL.
POR EL PAGO DE EROGACIONES EFECTUADAS POR SERVICIO MÉDICO PRESTADO EN EL
EXTRANJERO.

El artículo 1o. de la Ley del Seguro Social establece literalmente que: “La presente Ley es de observancia general en toda la República, en la forma y términos que la misma establece”. De lo anterior se infiere que cada uno de los artículos que integran esta Ley, así como los reglamentos que derivan de ella, son de observancia general y aplicables únicamente en la República Mexicana. Por tanto, es inexacto que de conformidad con el artículo 4o. del Reglamento de Ramas de Riesgos Profesionales, Enfermedades Profesionales y Maternidad, sea posible exigir el pago de erogaciones que se produzcan con motivo de un servicio médico prestado en el extranjero, pues tal precepto sólo se refiere a aquellos casos en que el Instituto Mexicano del Seguro Social, dentro de la República Mexicana, no pueda otorgar las prestaciones médicas a que está obligado, o a cubrir, en vez de asistencia médica, el equivalente en numerario que corresponda a los servicios médicos no proporcionados, debiéndose entender por lo anterior que dicha hipótesis opera única y exclusivamente dentro de la República Mexicana.

Segundo Tribunal Colegiado del Décimo Séptimo Circuito.

Amparo directo 212/91. Rafael Villaseñor García. 9 de enero de 1992. Unanimidad de votos. Ponente: José Luis Gómez Molina. Secretario: Jorge Luis Olivares López.

Análisis: el Segundo Tribunal Colegiado del Décimo Séptimo Circuito determinó que la aplicación del artículo 1o. de la Ley del Seguro Social, únicamente adquiere vigencia en la República Mexicana y resultó inexacto el planteamiento del quejoso, de pretender el rembolso de gastos médicos en su beneficio, en aplicación del entonces vigente artículo 4o. del Reglamento de Ramas de Riesgos Profesionales, Enfermedades Profesionales, porque dicho rembolso sólo aplicaría si la atención médica fuera en la República Mexicana. Como ya se analizó, las partes que se consideran territorio mexicano, se encuentran en el artículo 42 y 43 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Finalmente, la tercera tesis aislada en materia civil, se refiere a:

Época: Novena Época

Registro: 184760

Instancia: tribunales colegiados de circuito

Tipo de tesis: aislada

Fuente: *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*

Tomo XVII, febrero de 2003

Materia(s): civil

Tesis: I.11o.C.55 C

Página: 1151

SEGURO SOCIAL. Es improcedente la reclamación del pago de gastos médicos erogados en el extranjero.

Si bien es cierto que la Ley del Seguro Social y el Reglamento de Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social establecen la posibilidad, en los casos y con las limitaciones que tales ordenamientos señalan, que los derechohabientes del Seguro Social sean atendidos médica o quirúrgicamente por instituciones particulares, correspondiendo a dicho Instituto el pago de los gastos correspondientes por esos conceptos; sin embargo, el hecho de que el asegurado utilice servicios médicos y hospitalarios en el extranjero, aun en caso de urgencia, no obliga al Instituto Mexicano del Seguro Social a cubrirle las cantidades que por ese concepto haya erogado, toda vez que de conformidad con los artículos 1o. al 5o. y 89 de la Ley del Seguro Social, 4o., 5o., 31, 56, 57, 29, inciso f), 63 y 65 del Reglamento de Servicios Médicos de dicho organismo, se desprende que el Seguro Social es un instrumento básico de seguridad social establecido como un servicio público de carácter nacional, cuya Ley es de observancia general en toda la República, esto es, en los Estados Unidos Mexicanos, siendo sus objetivos primordiales los de proporcionar la asistencia médica, garantizando el derecho a la salud y la protección de los medios de subsistencia para el bienestar individual y colectivo, encomendándose su organización y administración al organismo público descentralizado denominado Instituto Mexicano del Seguro Social; que la prestación de los servicios los proporcionará directamente dicho Instituto por medio de sus unidades hospitalarias en los niveles que de acuerdo a

las necesidades de los servicios se requieran y de acuerdo a la indicación del médico tratante, y a la regionalización de los servicios médicos establecidos por el propio Instituto, aun en los casos urgentes, siendo que éste otorgará el servicio en sus propias instalaciones o a través de la subrogación de sus servicios, de acuerdo a los convenios que celebre con las autoridades federales, estatales y municipales, incluyendo a diversas instituciones y particulares. Sin embargo, en los casos en que el derechohabiente por propia decisión y bajo su responsabilidad, aun en los casos de urgencias, sea internado en un centro hospitalario que no pertenezca al sistema institucional nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, ni se trate de los casos de subrogación en los servicios por convenio o los casos a que se refiere el artículo 89 de la Ley del Seguro Social y el artículo 90. del Reglamento de Servicios Médicos, dicho organismo descentralizado quedará relevado de toda responsabilidad. Por tanto, si el quejoso argumentó que recibió atención médica en el extranjero en virtud de que tuvo que atenderse por urgencia, no se encuentra en ninguno de los supuestos a que se refieren dichos preceptos legales, en cuanto a que el organismo mencionado deba subrogarse en los gastos que dice erogó el actor, dado que al ser la Ley del Seguro Social un ordenamiento de aplicación federal, rige únicamente en nuestro territorio nacional, por lo que al haber recibido el quejoso atención hospitalaria en el extranjero, no quedó protegido por dicho ordenamiento legal, pues los derechos y obligaciones que establece sólo pueden ejercitarse o reclamarse dentro del ámbito de aplicación territorial nacional que esta ley prevé, esto es, dentro de la República Mexicana y conforme a los procedimientos establecidos en dicha Ley para la prestación de los servicios, pues lo contrario implicaría aplicar dicha Ley en un caso en que el organismo no se subrogó y desconocer el ámbito de aplicación de la Ley del Seguro Social y aplicarla fuera del territorio nacional, sin restricción alguna, al arbitrio de los derechohabientes, lo que jurídicamente es inaceptable.

Décimo Primer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer

Círculo.

Amparo directo 565/2002. Walter Frisch Philipp. 26 de septiembre de 2002. Unanimidad de votos. Ponente: Indalfer Infante Gonzales. Secretario: Eduardo Jacobo Nieto García.

Ánalisis: el derechohabiente en calidad de pensionado se encontraba en Austria, cuando de forma vehemente sufrió un ataque en su salud, ante tal situación solicitó atención médica en un hospital público de aquel país. Cabe aclarar que no era trabajador en activo, por ende no se trataba de una enfermedad de trabajo.

A su regreso a México solicitó ante la delegación del IMSS correspondiente la devolución de los gastos médicos por la atención de su enfermedad no profesional, erogados con el carácter de subsidio, el cual le fue negado, por dos cuestiones, primero, no era aplicable el subsidio, como ya se mencionó, no era derechohabiente en calidad de trabajador porque ya era pensionado y segundo, no había un Tratado o Convenio entre México y Austria que obligue al IMSS a rembolsar gastos médicos.

Inconforme con la resolución anterior, el derechohabiente pensionado presentó recurso de inconformidad ante el Consejo Consultivo de la delegación del IMSS competente, el cual confirmó la negativa del rembolso.

Ante dicha resolución negativa, el derechohabiente presentó demanda ante la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje. La parte demanda (IMSS) presentó incidente de incompetencia, en razón de que no se trataba de un subsidio y además que el rembolso de los gastos eran improcedentes, porque era un asegurado en la calidad de pensionado y no trabajador en activo, ya que el fin teleológico de la norma en cuanto a gozar del subsidio, se aplica a derechohabientes que se encuentran con una relación de trabajo vigente. La Junta consideró procedente el incidente y se declaró incompetente, dejando a salvo los derechos de la parte actora.

Ante esa incompetencia, el derechohabiente presentó demanda en la vía ordinaria civil ante un juzgado de paz —en razón de la cuantía reclamada— dicho juzgado se declaró competente, no obstante la demandada, es decir el IMSS planteó entre sus excepciones y defensas, la aplicación territorial del artículo 1o. de la Ley del Seguro Social. También, argumentó que no se contaba con un Tratado México-Austria para el rembolso de gastos médicos y por lo tanto no estaba obligado a liquidarlos. El juzgado de paz, en sentencia definitiva declaró procedente la excepción de aplicación territorial del artículo 1o. de la Ley citada, absolviendo al demandado.

Ante el resultado adverso, el actor en su calidad de quejoso presentó juicio de amparo directo reclamando como violación a sus garantías individuales la legalidad, fundamentación y motivación,

reiterando que había sufrido una enfermedad inesperada y que de manera irresistible e insuperable tenía que atenderse en Austria.

El Décimo Primer Tribunal Colegiado en Materia Civil del Primer Circuito resolvió dicho amparo negándolo, en el sentido de que la resolución no violaba las garantías individuales del quejoso y que el ámbito de aplicación de la Ley del Seguro Social es territorial. Aun cuando se trate de un caso de urgencia, no existe obligación de pago por parte del IMSS a sus derechohabientes, ya que la Ley citada sólo rige en el territorio nacional, porque de lo contrario implicaría desconocer su ámbito de aplicación y aplicaría fuera del territorio nacional, sin restricción alguna al arbitrio de los derechohabientes, lo que resulta jurídicamente inadmisible.

VI. CONCLUSIONES

Si bien es cierto que el Estado mexicano y el IMSS han firmado algunos tratados internacionales o acuerdos interinstitucionales en materia de seguridad social, básicamente hacen referencia al seguro de retiro, cesantía y vejez para efecto de pensiones y no se contemplan disposiciones explícitamente sobre el seguro de enfermedades.

En el caso de México, los primeros pasos para garantizar la atención médica en otros países, sería realizar acuerdos interinstitucionales con Estados donde se tenga registrado un número considerable de población mexicana (básicamente Estados Unidos). Aunque cabe aclarar que se necesitan estudios fidedignos y de cálculos actuariales para determinar su viabilidad, lo que podría llevar varios años en su realización.

Un tratado de carácter global, que puede ser un parámetro de la funcionalidad de la compatibilidad de los sistemas de seguridad social a nivel universal, es el Convenio sobre Trabajo Marítimo 2006. No pasa por desapercibido que la forma actual de solucionar el problema de los accidentes y enfermedades de trabajo para la gente de mar, que implican atención médica urgente cuando se encuentran en navegación de altura, ha sido a través de seguros privados. Por lo que se reitera no es tarea sencilla, aunque tampoco imposible.

Bajo el marco jurídico actual, no es procedente el rembolso de gastos médicos pagados por derechohabientes en el extranjero, aun cuando se trate de casos de urgencia, ya que el artículo 1o. de la Ley del Seguro Social es determinante en el ámbito espacial, ya que solamente es aplicable en el territorio nacional, descrito por los artículos 42 y 43 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

VII. BIBLIOGRAFÍA

BRICEÑO RUIZ, Alberto, *Derecho mexicano de los seguros sociales*, México, Harla, 1992.

CHÁVEZ CASTILLO, Raúl, *Nuevo juicio de amparo*, 13a. ed., México, Porrúa, 2014.

GARCÍA MÁYNEZ, Eduardo, *Introducción al estudio de derecho*, 50a. ed., México, Porrúa, 1999.

MENDIZÁBAL BERMÚDEZ, Gabriela, *La protección social de los trabajadores migrantes mexicanos*, México, Juan Pablos Editor, 2009.

¹ Recibido el 3 de noviembre de 2014 y aceptado para su publicación el 9 de septiembre de 2015.

² Abogado postulante en seguridad social, *abogaromero@hotmail.com*.

³ García Máynez, Eduardo, *Introducción al estudio de derecho*, 50a. ed., México, Porrúa, 1999, p. 474.

⁴ Briceño Ruiz, Alberto, *Derecho mexicano de los seguros sociales*, México, Harla, 1992, p. 15.

⁵ Mendizábal Bermúdez, Gabriela, *La protección social de los trabajadores migrantes mexicanos*, México, Juan Pablos Editor, 2009.

⁶ García Máynez, Eduardo, *Introducción al...*, cit., p. 69.

⁷ Chávez Castillo, Raúl, *Nuevo juicio de amparo*, 13a. ed., México, 2014, p. 309

⁸ Con mayor amplitud se analizará esta ejecutoria, en razón de que el autor del presente artículo, participó en el litigio que derivó dicha tesis.