



**MINISTERIO PÚBLICO
PROCURADURÍA DE LA
ADMINISTRACIÓN**

Panamá, 15 de diciembre de 2008

**Proceso Contencioso
Administrativo de
Plena Jurisdicción**

**Contestación
de la demanda**

La licenciada Zulky Vega, en representación de **Midcila Honorina Rodríguez de Griffin**, solicita que se declare nula, por ilegal, la resolución 752-2006 D.G. de 24 de agosto de 2006, emitida por el **Director General de la Caja de Seguro Social**, sus actos confirmatorios y para que se hagan otras declaraciones

Honorable Magistrado Presidente de la Sala Tercera, de lo Contencioso Administrativo, de la Corte Suprema de Justicia.

Acudo ante ese Tribunal de conformidad con lo dispuesto en el numeral 2 del artículo 5 de la ley 38 de 31 de julio de 2000, con la finalidad de contestar la demanda contencioso administrativa de plena jurisdicción descrita en el margen superior.

I. Los hechos en que se fundamenta la demanda, se contestan de la siguiente manera.

Primero: No consta; por tanto, se niega.

Segundo: No consta; por tanto, se niega.

Tercero: No consta; por tanto, se niega.

Cuarto: No consta; por tanto, se niega.

Quinto: No consta; por tanto, se niega.

Sexto: No es un hecho; por tanto, se niega.

Séptimo: No consta; por tanto, se niega.

Octavo: Es cierto; por tanto, se acepta. (Cfr. fojas 1 y 19 del expediente judicial).

Noveno: No es un hecho; por tanto, se niega.

Décimo: Es cierto; por tanto, se acepta. (Cfr. fojas 3, 4 y reverso del expediente judicial).

Undécimo: Es cierto; por tanto, se acepta. (Cfr. fojas 5 a 7 y reverso del expediente judicial).

Duodécimo: No es un hecho; por tanto, se niega.

Décimo Tercero: No es un hecho; por tanto, se niega.

II. Disposición que se aduce violada y el concepto en que lo ha sido.

La apoderada judicial de la parte actora aduce como violados los artículos 1 y 18 del reglamento de prestaciones médicas de la Caja de Seguro Social, según los conceptos de infracción visibles en las fojas 13 y 14 del expediente judicial.

III. Antecedentes.

De acuerdo con lo que puede advertirse del examen de las constancias procesales, la junta directiva de la Caja de Seguro Social, a través de la resolución 752-2006 D.G. de 24 de agosto de 2006, resolvió no acceder a la solicitud de reembolso de los gastos médicos ocasionados por 3 operaciones que se le realizaran a la asegurada Midcila Rodríguez de Griffin en el hospital San Fernando, durante el año 2005. (Cfr. fojas 1 y 2 del expediente judicial).

Contra el acto antes descrito, la parte afectada presentó un recurso de reconsideración que fue resuelto a través de la resolución 233-2007 D.G. de 23 de marzo de 2007,

por la cual se mantuvo en todas sus partes la resolución recurrida. Dicha decisión fue a su vez apelada, por lo que la junta directiva de la Caja de Seguro Social emitió la resolución 40,088-2007-JD de 15 de noviembre de 2007, que confirmó en todas sus partes el acto impugnado. (Cfr. fojas 5 a 7 y reverso del expediente judicial.).

Según lo manifiesta su apoderada judicial, Midcila Rodríguez de Griffin solicitó el reembolso de los gastos médicos causados por las operaciones que se le realizaron en el hospital San Fernando, las cuales tuvieron su génesis en el mes de abril de 2005, luego que la demandante sufriera de una parálisis en su cadera y extremidades inferiores y fuera llevada de urgencia, en ambulancia, al hospital San Fernando, ya que, a su juicio, en la Caja de Seguro Social no le brindarían un buen servicio de neurología debido a las huelgas que confrontaba la institución en ese entonces por las reformas que fueron introducidas a su ley orgánica. Por lo anterior, su médico neurocirujano, quien además laboraba en la Caja de Seguro Social, envió a la asegurada al mencionado hospital privado; sitio en donde dicho especialista y su médico de cabecera decidieron hospitalizarla con el fin de realizarle una serie de exámenes y posteriores evaluaciones, tratamientos y cirugías.

Continúa indicando la parte actora, que los gastos facturados fueron cancelados al hospital San Fernando por parte de un seguro privado que tenía su mandante, lo cual no es óbice para que la Caja de Seguro Social no le reembolse los gastos incurridos. En adición, señala que al ingresar

al hospital privado lo hizo con carácter de urgencia, tal como lo señala el artículo 18 del reglamento de prestaciones médicas. (Cfr. fojas 10 a 13 del expediente judicial).

De la foja 19 a la 23 del expediente judicial puede observarse el informe de conducta de 9 de junio de 2008, en el que el director general de la Caja de Seguro Social manifiesta, entre otras cosas, que la solicitud de reembolso presentada por la hoy demandante se sometió a la consideración de una Comisión Médica Especializada, integrada por 3 médicos especialistas en neurocirugía, quienes al ser cuestionados por la Sección de Trámite, Control y Seguimiento de la Dirección Nacional de los Servicios de Prestaciones Médicas de la institución, señalaron que el diagnóstico de la paciente era fibrosis post quirúrgico lumbar y fístula de líquido encéfalo-raquídeo post quirúrgico; que las cirugías de la patología de la paciente sí estaban indicadas; que la institución podía brindar los servicios a través del procedimiento 54-03; que no hubo evidencia de relación de la paciente en esta patología con la institución; que no fue una urgencia vital; y que una vez estabilizada, la paciente pudo ser trasladada al Complejo Hospitalario Metropolitano.

Igualmente señala la autoridad demandada, que en el expediente administrativo reposa una certificación emitida por la Clínica San Fernando, S.A. en la que se indica que la cuenta de Midcila Rodríguez de Griffin, que incluía servicios hospitalarios y honorarios médicos, ascendió a la suma de B/.20,514.12, "de los cuales la aseguradora canceló su factura por valor de B/.20,196.91 y la Sra. Griffin realizó

un pago de B/.113.01 quedando pendiente la suma de B/.204.20 por la paciente" (el subrayado es nuestro), con lo cual quedó demostrado que la recurrente carece de legitimidad para reclamar el reembolso de una suma de dinero que no pagó.

IV. Descargos de la Procuraduría de la Administración, en representación de los intereses de la institución demandada.

Las normas invocadas como infringidas se encuentran consagradas en el reglamento de prestaciones médicas de la Caja de Seguro Social, siendo la primera de ellas el artículo **1**, el cual establece que las prestaciones de los servicios de salud se brindarán en las instalaciones de la Caja de Seguro Social y en aquellos centros privados o públicos con los que la entidad hubiese contratado; y, la segunda el artículo **18**, que señala que la Caja de Seguro Social autorizará el reembolso cuando en caso de urgencia el asegurado se haya atendido en un centro hospitalario con el que la institución no tenía arreglo alguno, siempre que el asegurado comprobara que no pudo obtener debidamente las órdenes de la institución de seguridad social.

De las normas anteriormente citadas se infiere que, en el caso bajo estudio, la asegurada debió sustentar su solicitud de reembolso de gastos médicos en dos supuestos, a saber: 1. que su atención en el hospital San Fernando obedeció a una urgencia y 2. que la atención de dicha urgencia se realizó sin que ella hubiese podido obtener debidamente una orden previa por parte de la Caja de Seguro Social.

En cuanto al elemento **urgencia**, señalado en el punto 1, podemos indicar que la asegurada se basó en razones subjetivas para acudir a la atención médica hospitalaria privada y no a la Caja de Seguro Social, alegando, tal como lo expresa en su demanda, que en esos momentos *"en el país se estaba dando una huelga por las reformas a la ley de la Caja de Seguro Social y tanto los médicos, como los técnicos de la salud y los trabajadores administrativos que laboraban en esta institución participaban de la referida huelga, por lo cual el servicio de las especialidades no se estaba dando de forma regular."* (Cfr. foja 11 del expediente judicial).

Contrario a lo afirmado por la actora, la Comisión Médica Especializada de la institución demandada, indicó en su informe que la paciente no presentaba una urgencia vital y que, una vez estabilizada, pudo ser trasladada al Complejo Hospitalario Metropolitano. Tal posición es reforzada por el hecho que la ahora demandante no sólo acudió al hospital San Fernando por la supuesta urgencia, sino que permaneció en ese centro hospitalario privado durante un mes, período en el cual fue sometida a 2 operaciones quirúrgicas y que, luego de ser dada de alta, reingresó posteriormente al mismo establecimiento hospitalario para ser intervenida por tercera vez; situaciones afirmadas por la propia parte actora en los hechos segundo, tercero y quinto del libelo de su demanda.

En lo que respecta al segundo supuesto antes mencionado, es decir, que la atención de dicha urgencia se realizó sin que ella hubiese podido obtener debidamente una orden previa por parte de la Caja de Seguro Social, se observa que tanto

en la resolución impugnada y sus actos confirmatorios, así como en el informe de conducta, la institución hace referencia al hecho que la asegurada no obtuvo la referida autorización previa para acceder a la atención médica privada; hecho que la demandante no ha desvirtuado dentro del desarrollo del presente proceso.

En este mismo orden de ideas, resulta oportuno anotar que tal como se expresa en el acto confirmatorio acusado y en el informe de conducta de la institución demandada, el artículo 70 de la ley 51 de 2005 prohíbe de manera explícita que la Caja de Seguro Social adquiera externamente aquellos servicios que ella misma le provee a los asegurados, lo que para el caso que nos ocupa equivale a los servicios de urgencia y neurocirugía que, aún siendo brindados por dicha entidad de seguridad social, fueron adquiridos por cuenta de la asegurada Rodríguez de Griffin en un centro médico hospitalario privado.

Por otra parte, además de no haber cumplido con la condición de urgencia como lo indicó la Comisión y de no haber comprobado su imposibilidad para obtener las órdenes de la institución, esta Procuraduría advierte que la asegurada tampoco demostró que asumió el pago de los gastos médicos cuyo reembolso solicita.

En efecto, de la certificación expedida por la Clínica San Fernando, S.A., a la que hacen alusión los actos confirmatorios demandados y el informe de conducta, se desprende que la demandante mantenía una póliza de seguro privado a través del cual se cubrió casi la totalidad de lo

facturado por el referido centro médico hospitalario, por lo que mal puede la solicitante reclamar a la Caja de Seguro Social el **reembolso** de tales gastos médicos, sobre todo si se considera el hecho que los mismos no fueron pagados por ella sino por un tercero.

La Real Academia Española, en su Diccionario de la Lengua Española, 22ª versión, define la acción de **reembolsar** como: "*Volver una cantidad a poder de quien la había desembolsado.*" (el subrayado es nuestro), de lo que se desprende que, al no haber la demandante hecho desembolso alguno al hospital San Fernando para cancelar el valor facturado por los servicios médicos y hospitalarios recibidos, mismos que fueron cubiertos casi en su totalidad por una compañía de seguros privada con la que la demandante mantenía un contrato de seguros, mal puede ésta pretender que la Caja de Seguro Social le reembolse suma alguna de dinero.

En caso similar al que ahora examinamos, esa Sala se pronunció mediante sentencia de 16 de febrero de 2007, indicando lo que a continuación citamos en su parte pertinente:

"Aunado a ello, las constancias que obran en el expediente evidencian que los cargos que se causaron por razón del traslado del paciente al extranjero fueron cancelados por una persona distinta a la que solicitó el reembolso de los gastos a la Caja de Seguro Social, razón que también impide acceder a lo solicitado por la demandante." (El resaltado es nuestro).

No obstante lo anterior, la demandante alega que el reembolso se le debe efectuar en razón de que su familia

estaba pagando este seguro, lo que equivalía a un ahorro que podía ser usado en cualquier momento de urgencia, como en efecto se hizo.

Al respecto, resulta oportuno señalar que si bien la hoy demandante pagaba una prima a la compañía de seguros en virtud de la celebración de un contrato, ésta última, y no la entidad demandada, tenía la obligación contractual de cubrir el riesgo asegurado, por lo que el pago de los gastos médicos en que incurrió la actora en el hospital San Fernando, correspondían a la obligación que en todo caso tenía la compañía de seguros respecto al riesgo asegurado, de tal suerte que carece de todo sustento jurídico lo alegado en este sentido por la parte demandante, puesto que como bien lo expone el autor Juan Saucedo Polo, citando a Lorenzo Mossa, *"...es decisiva en el contrato la asunción del riesgo de parte del asegurador. El fin íntegro del contrato estriba justamente en la asunción de este riesgo"*. (El contrato de seguro. Los seguros terrestres. Panamá 1992. Pág. 14).

Todo lo anteriormente expuesto, nos permite arribar a la conclusión que en el presente proceso no se han vulnerado en forma alguna los artículos 1 y 18 del reglamento de prestaciones médicas de la Caja de Seguro Social, tal como lo aduce la parte actora, por lo que solicitamos respetuosamente a los Honorables Magistrados se sirvan declarar que **NO ES ILEGAL** la resolución 752-2006 D.G. de 24 de agosto de 2006, emitida por el **director general de la Caja de Seguro Social**,

sus actos confirmatorios y, en consecuencia, se denieguen las pretensiones de la demandante.

V. Pruebas: Aducimos como prueba el expediente administrativo correspondiente al presente caso que reposa en los archivos de la Caja de Seguro Social.

VI. Derecho: Se niega el invocado por la demandante.

Del Honorable Magistrado Presidente,

Oscar Ceville
Procurador de la Administración

Nelson Rojas Avila
Secretario General