

19 de diciembre de 2003

**Proceso Contencioso  
Administrativo de  
Plena Jurisdicción**

Interpuesta por el Licdo. Edwin Salamin, en representación de **Luis Carlos Jaén Aguilar**, para que se declare nula, por ilegal, la Resolución N°144-2001 D.G. de 8 de febrero de 2001, dictada por la **Caja de Seguro Social**, los actos confirmatorios y para que se hagan otras declaraciones.

**Contestación de  
la Demanda**

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

Con nuestro acostumbrado respeto concurrimos ante ese Honorable Tribunal de Justicia, con la finalidad de emitir formal contestación de la demanda Contencioso Administrativa de Plena Jurisdicción, enunciada en el margen superior del presente escrito, conforme lo dispone el artículo 5, numeral 2, de la Ley 38 de 31 de julio de 2000, en los siguientes términos:

**I. Las peticiones de la parte demandante, son las siguientes:**

El apoderado judicial del demandante ha solicitado a esa augusta Corporación de Justicia, que declare nula, por ilegal, la Resolución N°144-D.G.-2001 de 8 de febrero de 2001, expedida por el Director General de la Caja de Seguro Social, mediante la cual no se accede a la solicitud de reembolso de gastos médicos presentada por el demandante. (Cf. f. 1 y 2)

Asimismo, ha pedido que se declare nula, por ilegal, la Resolución N° D.G. 322-2002 de 15 de abril de 2002, que

revoca en todas sus partes la Resolución N°144-D.G.-2001, y en su lugar, se accede al pago de la suma total de B/.113.00, en concepto de reembolso de gastos médicos. (Cf. f. 3 a 5)

También, ha pedido que se declare nula, por ilegal, la Resolución 34,190-2003-J.D. de 8 de julio de 2003, proferida por la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social, por medio de la cual se confirma en todas sus partes la decisión adoptada por la autoridad de primera instancia. (Cf. f. 6 a 8)

**II. Los hechos u omisiones en que se fundamenta la acción, los contestamos de la siguiente manera:**

**Primero:** Este hecho es cierto; por tanto, lo aceptamos.

**Segundo:** Este hecho es cierto; por tanto, lo aceptamos.

**Tercero:** Este no es un hecho, sino una alegación de la parte demandante; por tanto, se rechaza.

**Cuarto:** Aceptamos que la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social, confirmó en todas sus partes la Resolución N° D.G. 322-2002 de 15 de abril de 2002; pues, así se desprende del contenido de las fojas 3 a 5 del expediente judicial.

**Quinto:** Éste, tal como se encuentra redactado es una alegación de la parte demandante; por tanto, se rechaza.

**III. Las disposiciones legales que se estiman infringidas y sus conceptos de violación, son las siguientes:**

A. El apoderado judicial del señor Luis Jaén, considera infringido el artículo 1 del Reglamento de Prestaciones Médicas de la Caja de Seguro Social, el cual dispone lo siguiente:

**"Artículo 1:** Las prestaciones por los riesgos de enfermedad y maternidad se

darán en los establecimientos de propiedad de la Caja o en los públicos o privados con los que ésta hubiere contratado o autorizado para tal efecto."

**Concepto de la violación:**

"Toda vez que con la negativa manifiesta por parte de las altas autoridades de la Caja de Seguro Social, contenida en la Resolución N°D.G.-322-2002 de 15 de abril de 2002 y consistente en solamente reconocer el reembolso de CIENTO TRECE BALBOAS (B/.113.00), y no los VEINTICINCO MIL BALBOAS (B/.25,000.00), solicitados por mi mandante, so pretexto de que él no fue autorizado por la institución para recibir tratamiento alguno en otro centro hospitalario distinto a los que tiene disponible la Caja de Seguro Social, cuando efectivamente si fue autorizado por los galenos que lo atendieron de manera previa, constituye una violación directa al artículo 1 del Reglamento de Prestaciones Médicas de esa institución de seguridad social". (Cf. f. 12)

B. El apoderado judicial de la parte demandante ha señalado como infringido, el artículo 18 del Reglamento de Prestaciones Médicas de la Caja de Seguro Social, el cual a la letra expresa:

**Artículo 18:** En casos de urgencia y cuando se compruebe que el asegurado no pudo obtener debidamente las órdenes de la Caja de Seguro Social o cuando se hospitalice en un lugar donde la Caja no tenga arreglo alguno en esos hospitales, se autorizará el reembolso hasta la concurrencia de las tarifas aprobadas por la Junta Directiva."

**Concepto de la violación:**

"Es evidente entonces que de acuerdo al expediente mi mandante cumplió con mostrar la urgencia con que debió atenderse su situación y para eso consta el Informe de la Comisión Médica Cardiovascular anteriormente referido en esta demanda y que ante esa situación no recibió las órdenes debidas y requeridas con la celeridad necesaria para ser atendido en un

centro hospitalario de la Caja atendiéndose por tanto en un centro médico con el cual la Caja no tenía arreglo para eso y es aquí donde se perfecciona la violación directa del artículo en cuestión y que obliga a la Caja de Seguro Social a reconocer y a pagar el reembolso solicitado por mi mandante en la suma o monto de VEINTICINCO MIL BALBOAS (B/.25,000.00) y no la suma de CIENTO TRECE BALBOAS (B/.113.00), por ser una cuantía totalmente irrisoria y alejada de la realidad jurídica y económica del caso en análisis." (Cf. f. 12 y 13)

#### **Contestación de la Procuraduría de la Administración**

Este Despacho no comparte el criterio esbozado por el apoderado judicial del demandante, toda vez que al examinar las constancias procesales anexadas al caso bajo estudio, no encontramos documentación alguna que nos permita corroborar que el señor Luis Jaén elevó una solicitud a la Caja de Seguro Social, en la cual se explicara el carácter de urgencia de su dolencia, debidamente respaldada por un dictamen médico de los médicos tratantes.

Es importante recordar que, el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social expresa claramente que, previa la aprobación de la Comisión de Prestaciones de los beneficios por el riesgo de enfermedad, **es necesario someter al individuo a una opinión médica, la cual debe estar debidamente comprobada y documentada;** situación que no se dio en el caso sub júdice.

En efecto, del caudal probatorio se observa que el asegurado Luis Carlos Jaén Aguilar no cumplió con el procedimiento establecido en la Ley y el Reglamento de Prestaciones Médicas para recibir atención médico quirúrgica en el Centro Médico Paitilla, por la cirugía de corazón abierto a la que fue sometido, de conformidad con lo

dispuesto en el artículo 2 del aludido Reglamento de Prestaciones Médicas, el cual dispone lo siguiente:

**"Artículo 2:** Los asegurados tendrán derecho a la libre elección de médicos, obstetras, odontólogos, optometristas y quiroprácticos, entre los funcionarios al servicio de la Institución. **No obstante, la Caja autorizará el reconocimiento de algunos servicios médicos fuera de la Institución en casos ambulatorios y de hospitalización y en los especiales que este Reglamento señala específicamente, para los cuales se pagará una remuneración según las tarifas aprobadas por la Junta Directiva.**" (El resaltado es nuestro)

El texto supra transcrito nos demuestra que el asegurado Jaén Aguilar, antes de someterse a la operación de corazón abierto en el Centro Médico Paitilla, debió elevar solicitud a la Comisión de Prestaciones Médicas a fin que se le autorizara, previo examen clínico de la Comisión Médico Calificadora, a recibir la atención médico quirúrgica en un hospital de carácter privado; máxime si la operación que se le practicaría podía hacerse en las instalaciones del Hospital de la Caja de Seguro Social.

Por otra parte, observamos que el recurrente no ha demostrado que hizo las gestiones administrativas necesarias, para que la operación a la que fue sometido se le practicara en un centro hospitalario de la Caja de Seguro Social, y a su vez que éstas resultaron infructuosas; requisito esencial, para que se le aplique lo dispuesto en el artículo 18 del Reglamento de Prestaciones Médicas, que reza así:

**"Artículo 18:** En casos de urgencia y cuando se compruebe que el asegurado no pudo obtener debidamente las órdenes de la Caja de Seguro Social, o cuando se hospitalice en un lugar donde la Caja no tenga arreglo alguno con esos hospitales, se autorizará el reembolso hasta la concurrencia de las tarifas aprobadas por la Junta Directiva."

El Informe de Conducta, rendido por el Director General de la Caja de Seguro Social al Magistrado Sustanciador, evidencia que esa entidad de Seguridad Social ha dado cabal cumplimiento a lo establecido en la ley y sus reglamentos, tal como se desprende de su contenido, el cual en su parte medular señala lo que a continuación se escribe:

"Sobre el particular, debo indicarle que la actuación administrativa de la Caja de Seguro Social está basada en lo preceptuado en el Artículo 1 del Reglamento de Prestaciones Médicas, que preceptúa que las prestaciones por los riesgos de enfermedad se darán en los establecimientos que para tales fines posee la Caja de Seguro Social, o mediante las instituciones, entidades o personas con que ella contrate el suministro de tales servicios.

En este sentido, el procedimiento aplicable en estos casos es claro, pues la Caja de Seguro Social solamente puede contratar servicios de atención médica en clínicas privadas o en el exterior, luego de determinar a través de la evaluación del paciente, la imposibilidad de ofrecer dicha atención en nuestra Institución. Para que el señor LUIS CARLOS JAEN AGUILAR pudiese obtener el reconocimiento del gasto efectuado en la clínica privada, primeramente debió formular una solicitud indicando el carácter urgente de su dolencia y posteriormente, obtener la autorización de la Caja de Seguro Social. Sin embargo, ninguno de los dos requisitos constan en el expediente del asegurado en cuestión. (Cf. f. 20 y 21)

Por lo anterior, estimamos que, la actuación de la Caja de Seguro Social se encuentra ajustada a derecho, cuando accedió al pago de la suma total de B/.113.00, por la atención médica recibida por el asegurado Luis Jaén en un centro hospitalario, donde esa entidad de Seguridad Social no ha celebrado arreglo o convenio alguno; de suerte que, la Caja sólo podía reconocerle la suma de B/.63.00, en concepto

de gastos por hospitalización por siete (7) días y B/.50.00 por cirugía, tarifa establecida en el artículo 118 del Reglamento de Prestaciones Médicas.

Para concluir, debemos resaltar que es improcedente reconocerle al asegurado Luis Carlos Jaén Aguilar, el reembolso de los gastos médicos incurridos en el Centro Médico Paitilla; ya que, primeramente era indispensable que la Comisión Médico Calificadora de la Caja de Seguro Social lo examinara previamente, a fin de determinar su condición médica urgente, conforme lo exigen la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social y el Reglamento de Prestaciones Médicas, y en segundo lugar, evaluar si esta operación podía practicarse o no en un hospital de la Caja de Seguro Social, hecho que no ha podido ser comprobado.

En virtud de las consideraciones expuestas, reiteramos respetuosamente nuestra solicitud a los señores Magistrados que integran la Honorable Sala Tercera, para que denieguen las peticiones impetradas por el apoderado judicial del señor Luis Carlos Jaén Aguilar; puesto que, no le asiste la razón en sus pretensiones, tal como lo hemos demostrado a lo largo de este escrito.

**Pruebas:** Aceptamos, solamente, los documentos originales y copias debidamente autenticadas, conforme a la ley.

Aducimos el expediente administrativo, el cual reposa en los archivos de la Caja de Seguro Social.

**Derecho:** Negamos el invocado, por el demandante.

**Señor Magistrado Presidente,**

**Licda. Alma Montenegro de Fletcher  
Procuradora de la Administración.**

AMdeF/11/mcs

Licdo. Víctor L. Benavides P.  
Secretario General

Materia: Reembolso de Gastos Médicos  
**BORRADOR DE VISTA REVISADO POR MANUEL BERNAL**

**17 DE DICIEMBRE DE 2003**

**Exp. 653-03**

**Magistrado: Arturo Hoyos**

**Repartido: 17 de noviembre de 2003.**

**Proyecto: 16 de diciembre de 2003.**

**Licda. Lourdes Moreno**