

REPÚBLICA DE PANAMÁ



MINISTERIO PÚBLICO
PROCURADURÍA DE LA
ADMINISTRACIÓN

Vista Número 868

Panamá, 16 de agosto de 2019

Proceso Contencioso Administrativo
de Plena Jurisdicción.

El Licenciado Ezequiel A. Acevedo H., en representación de **Vicente Rivas Herrera**, solicita que se declare nula, por ilegal, la Resolución 638-2013-S.D.G de 18 de abril de 2013, emitida por la **Caja de Seguro Social**, sus actos confirmatorios y para que se hagan otras declaraciones.

Alegato de Conclusión.

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

Acudo ante usted de conformidad con lo dispuesto en el artículo 61 de la Ley 135 de 1943, modificado por el artículo 39 de la Ley 33 de 1946, para presentar el alegato de conclusión de la Procuraduría de la Administración dentro del proceso contencioso administrativo descrito en el margen superior; oportunidad procesal que nos permite reiterar lo expresado en nuestro escrito de contestación de la demanda, al afirmar que no le asiste la razón a la actora en lo que respecta a su pretensión.

Antes de emitir nuestro alegato, consideramos prudente detallar los antecedentes del proceso.

I. Antecedentes.

Según las constancias procesales, **Vicente Rivas Herrera**, con cédula de identidad personal 2-70-83, solicitó el reembolso por gastos médicos incurridos en cirugía de cateterismo cardíaco y angioplastia coronaria, en la cual le colocaron tres (3) stent en la Clínica Hospital San Fernando, S.A., por la suma de veintidós mil diecinueve balboas con once centésimos (B/.22,019.11) (Cfr. foja 8 del expediente judicial).

En tal sentido, en cumplimiento de los procedimientos establecidos en el Reglamento de Prestaciones Médicas, la Jefa del Departamento de Trámite, Control y Seguimiento de los Servicios Médicos Externos, le solicitó al Jefe del Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario

Metropolitano Doctor Arnulfo Arias Madrid, la conformación de la Comisión Médica Especializada para que evaluara y recomendara la petición de reembolso presentada por el actor, misma que fue evaluada por dicha comisión a través de la Nota SdeC-CHDr.AAM/No.013-2013 de 13 de marzo de 2013 (Cfr. foja 8 del expediente judicial).

La Nota antes indicada dio como resultado que el **Subdirector General de la Caja de Seguro Social** emitiera la Resolución 638-2013-S.D.G de 18 de abril de 2013, mediante la cual resolvió:

Resolución 638-2013-S.D.G de 18 de abril de 2013.

“...
NO ACCEDER a la solicitud de reembolso presentada el 15 de octubre del 2012, por el asegurado **VICENTE RIVAS HERRERA**, con cédula de identidad personal No.2-70-83, por gastos médicos incurridos en cirugía de cateterismo cardíaco y angioplastia coronaria, donde le colocaron 3 stent en la Clínica Hospital San Fernando, S.A., por la suma de veintidós mil diecinueve balboas con once centésimos (B/.22,019.11), toda vez que el procedimiento requerido por el asegurado se podía ofrecer en nuestras instalaciones y además no solicitó la autorización previa para atenderse en clínica privada.

...” (Cfr. fojas 8 y 9 del expediente judicial).

Producto de su inconformidad, el demandante, a través de su apoderado judicial, interpuso un recurso de reconsideración en contra de la Resolución 638-2013-S.D.G de 18 de abril de 2013, emitida por la **Caja de Seguro Social**, el cual fue resuelto a través de la Resolución 061-2014-S.D.G., **manteniendo la resolución original**. Esta decisión fue notificada al accionante el 20 de enero de 2014 (Cfr. fojas 10 y 11 del expediente judicial).

Posteriormente, el apoderado judicial del actor presentó un recurso de apelación en contra de la Resolución 638-2013-S.D.G de 18 de abril de 2017, mantenida por la Resolución 061-2014-S.D.G, y en tal sentido la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social a través de la Resolución 50,770-2017 J.D de 7 de febrero de 2017, resolvió confirmar la decisión original, misma que fue notificada al interesado el 3 de marzo de 2017 (Cfr. fojas 12-13 y reverso del expediente judicial).

A continuación, el apoderado judicial del recurrente, acudió a la Sala Tercera a interponer la acción contencioso administrativa bajo análisis, en la que solicita que se declaren nulas, por ilegales, las resoluciones antes mencionadas (Cfr. fojas 2 y 3 del expediente judicial).

II. Reiteración de los descargos de la Procuraduría de la Administración en defensa de la entidad demandada.

Luego de agotada la mayor parte de las etapas de este proceso, mantenemos sin mayor variante la opinión expresada en nuestra **Vista 036 de 16 de enero de 2018**, la cual contiene la contestación de la demanda, en cuanto a que, de las constancias procesales que reposan en autos, se observa que el acto administrativo objeto del presente análisis se dictó conforme a Derecho, por lo que los argumentos ensayados por el accionante con la finalidad de demostrar su ilegalidad, carecen de sustento.

En efecto, tal como lo dijimos al contestar la acción en estudio, los argumentos presentados por el apoderado judicial del recurrente giran en torno a que la Caja de Seguro Social incurrió en una omisión, ya que desconoció la responsabilidad que ésta tiene en sus objetivos para garantizar el derecho a la seguridad de sus medios económicos y de los factores de riesgo a los cuales se enfrentaba el actor debido a su condición de salud y a la urgencia de atención que éste presentaba.

Añade, que su representado fue citado cuatro (4) veces en la institución sin ser atendido, jugando así con su estado de salud, por los factores de riesgo que presentaba (Cfr. foja 6 del expediente judicial).

De igual manera, señala que si bien la norma dispone que está prohibido a la Caja de Seguro Social externalizar servicios de salud, existe una excepción en los casos en que la institución se encuentra temporalmente incapacitada, circunstancia que conllevaría la remisión a los servicios externos.

Luego de analizar los argumentos expuestos por el apoderado judicial del accionante con el objeto de sustentar los cargos de ilegalidad formulados en contra del acto acusado, esta Procuraduría procedió a contestar los mismos, haciendo referencia a los siguientes aspectos:

“...Según los procedimientos establecidos en el Reglamento de Prestaciones Médicas, la Jefa del Departamento de Trámite, Control y Seguimiento de los Servicios Médicos Externos, solicitó al Jefe del Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. A.A.M., la conformación de la Comisión Médica Especializada, para que evaluara y recomendara dicha petición, en base a las siguientes interrogantes: 1. ¿Diagnóstico?; 2. ¿Estaban indicados los procedimientos realizados en la patología del paciente sí o no, Explique?;

3. ¿Si la Institución podía prestar este Servicio en sus instalaciones?;
4. ¿Si se le dio autorización previa para atenderse en clínica privada?;
5. ¿Si se trata de una urgencia vital? (Sic).

Que la Comisión Médica Especializada del Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Dr. A.A.M., a través de la Nota SdeC-CHDr.AAM/N°-013-2013 de 13 de marzo de 2013 (foja 47 del expediente administrativo), una vez evaluado el caso, señaló lo siguiente:

1. ¿Diagnóstico?;
R. Angina Inestable, Cardiopatía Isquémica, Status Post By Pass Coronario.
2. ¿Estaba indicados los procedimientos realizados en la patología del paciente sí o no, Explique?;
R. Si estaban indicadas los procedimientos.
3. **¿Si la Institución podía prestar este Servicio en sus instalaciones?;**
R. Sí. La institución podía prestar éste servicio.
4. **¿Si se le dio autorización previa para atenderse en clínica privada?;**
R. No hay constancia de autorización previa por la Caja de Seguro Social para atenderse en clínica privada.
5. ¿Si se trata de una urgencia vital? (Sic).

...” (Cfr. foja 8 del expediente judicial).

Con base a lo anterior, la Comisión Médica Especializada del Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Dr. A.A.M., recomendó NO ACCEDER a la solicitud presentada por el accionante concerniente al reembolso por gastos médicos incurridos en la Clínica Hospital San Fernando, S.A.; pues, como resulta evidente, la entidad si podía prestar el servicio requerido por el actor y, además, no existía constancia de autorización previa de la institución para que **Vicente Rivas Herrera** se atendiera en el mencionado hospital privado (Cfr. foja 9 del expediente judicial).

Por otro lado, la Caja de Seguro Social, al emitir el acto objeto de estudio, precisó a través de la Resolución 061-2014-S.D.G., de fecha 13 de enero de 2014, en respuesta al recurso de reconsideración que *“...en cuanto a la solicitud de autorización previa el asegurado VICENTE RIVAS HERRERA, no cumplió con las disposiciones legales reglamentarias que tiene la Institución para otorgar la asistencia médica en centro de salud privado. Tal como lo expresa el procedimiento No.54-03, el servicio externo de atención médica requiere de la previa autorización por parte de la Institución textualmente el punto V NORMAS GENERALES....”* (Cfr. foja 10 del expediente judicial).

En igual sentido, la entidad demandada señaló a través de la Resolución 50.770-2017-J.D. de 7 de febrero de 2017, por medio de la cual se dio respuesta al recurso de apelación presentado por el demandante, lo siguiente: *“...Que en sesión celebrada el 25 de junio de 2014, la Comisión de Prestaciones Económicas de la Junta Directiva evaluó el caso y observó que, la Caja de Seguro Social estaba en la capacidad de brindar el servicio al paciente VICENTE RIVAS HERRERA, por lo que, la Institución no puede reconocer reembolso de gastos incurridos, cuando éstos fueron producto de una decisión unilateral y personal del asegurado, en la utilización de servicios médicos y cuando su obtención no se ajusta a las formalidades establecidas en la Institución para todos los asegurados del país...”* (Cfr. foja 13 del expediente judicial).

Por otra parte, la Caja de Seguro Social señaló en el informe de Conducta rendido, lo concerniente a la competencia para conocer los actos irregulares como el que ocupa nuestra atención, señalando:

“ ...

La Resolución No.638-2013-S.D.G. de 18 de abril de 2013, fue debidamente notificada al señor **VICENTE RIVAS HERRERA**, el día 24 de abril de 2013; quien disconforme con el contenido del acto administrativo, interpuso recurso de reconsideración dentro del término legal, el día 3 de mayo de 2013.

Luego de verificar que el recurso de reconsideración en tiempo y forma, el Subdirector General de la Caja de Seguro Social, en ejercicio de las facultades delegadas a través de la Resolución No.566-2010-D.G. de 5 de julio de 2010, y mediante Resolución No. 061-2014-S.D.G. de 13 de enero de 2014, resolvió: Mantener en todas sus partes la Resolución No.638-2013-S.D.G. de 18 de abril de 2013.

El contenido de dicho acto administrativo fue debidamente notificado al Representante Legal del señor **VICENTE RIVAS HERRERA**, el día 20 de enero de 2014, quien mediante escrito presentado el día 27 de enero de 2014, interpuso apelación contra la decisión de la Administración.

Mediante Providencia de fecha 14 de abril de 2014, emitida por la Subdirección General de la Caja de Seguro Social, se admitió el Recurso de Apelación incoado por el Representante Legal del señor **VICENTE RIVAS HERRERA**.

El recurso de apelación, no aportó elementos concluyentes que permitían variar el acto administrativo recurrido...

“ ...

Quedó de manifiesto para la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social, la falta de legitimidad del asegurado para reclamar el

reembolso del gasto total ocasionado en la cirugía indicada, con base en la nota escrita por el asegurado el señor VICENTE RIVAS HERRERA, visible a foja 44 del expediente, en la que se señalaba que la cuenta que incluye servicios hospitalarios y honorarios médicos, ascendió a B/.22,019.11.

De esta forma se comprueba que no se dieron los supuestos de hecho dispuestos en los Artículos 1 y 18 del Reglamento de Prestaciones Médicas de la Caja de Seguro Social que disponen que las prestaciones por el riesgo de enfermedad deben darse en los establecimientos de la Caja o en los públicos o privados que ésta hubiese contratado o autorizado para tal efecto, con excepción de los casos de urgencia.

..." (Cfr. fojas 17 y 18 del expediente judicial) (La negrita es nuestra).

En tal sentido, todo lo anterior demuestra que la Caja de Seguro Social no podía acceder a lo pedido por el recurrente en atención a lo establecido en el artículo 70 de la Ley 51 de 2005, Orgánica de la entidad que expresa:

"Artículo 70. Prohibición de externalizar servicios. **Queda explícitamente prohibida la adquisición de aquellos servicios que la Caja de Seguro Social se provee a sí misma y a los asegurados de manera normal**, salvo en los casos en que la Institución se encuentre temporalmente imposibilitada. En esta última circunstancia, las autoridades de la Caja de Seguro Social estarán obligadas a acelerar los procesos que permitan eliminar lo más rápidamente posible la adquisición externa de dichos servicios." (La negrita es nuestra).

En abono de lo expuesto, la actuación de la entidad demandada estuvo apegada a derecho tal y como quedó señalado en los párrafos anteriores, puesto que se cumplió con el debido proceso, en el cual se le permitió al actor el derecho a la defensa y a la presentación de sus descargos, así como se aprecia en el proceso administrativo.

Todo lo expresado en los párrafos precedentes, nos lleva a concluir que no le asiste la razón al demandante, cuando indica que la Resolución 638-2013-S.D.G de 18 de abril de 2013, acusada de ilegal; así como sus actos confirmatorios, infringieron las normas señaladas por el recurrente, por lo que los cargos de infracción deben ser desestimados por la Sala Tercera.

III. Actividad Probatoria.

En cuanto a la actividad probatoria del presente proceso, es necesario destacar la **escasa efectividad de los medios** ensayados por el demandante para demostrar al Tribunal la existencia

de las circunstancias que constituyen el supuesto de hecho en que sustenta su acción de plena jurisdicción.

En tal sentido, se observa que a través del **Auto de Pruebas 196 de 21 de junio de 2019**, se admitieron como pruebas los siguientes documentos: la copia autenticada de la Resolución 638-2013-S.D.G. de 18 de abril de 2013, así como la copia autenticada de la Resolución 061-2014-S.D.G. de 13 de enero de 2014, ambas emitida por el Subdirector General de la Caja de Seguro Social y la Copia autenticada de la Resolución 50770-2017-J.D. de 7 de febrero de 2017, dictada por la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social (Cfr. fojas 8 a 13 del expediente judicial).

De igual manera, se admitió la **prueba de Informe** consistente en la **copia autenticada del expediente administrativo de Vicente Rivas Herrera** misma que fue solicitada a través del **Oficio 1449 de 15 de julio de 2019** por la Sala Tercera y que hasta el momento de elaboración de este escrito no ha sido remitida al Tribunal (Cfr. foja 59 del expediente judicial).

De las constancias procesales, se desprende que **las pruebas admitidas y aportadas al expediente, no logran acreditar de manera adecuada lo señalado por Vicente Rivas Herrera en sustento de su pretensión**, de ahí que este Despacho estima que el demandante no asumió en forma adecuada la **carga procesal a la que se refiere el artículo 784 del Código Judicial que obliga a quien demanda a acreditar los hechos que dan sustento a su pretensión**; deber al que se refirió esa alta Corporación de Justicia en su Sentencia de 30 de diciembre de 2011, señalando en torno al mismo, lo siguiente:

“La Corte advierte que, al adentrarse en el análisis del proceso, la parte actora no ha llevado a cabo los esfuerzos suficientes para demostrar los hechos plasmados en sus argumentos... Adicional a ello, consta en el expediente, que la actora no ha demostrado interés real de suministrar y/o practicar las pruebas por ellos solicitadas, que pudieran reflejar resultados a su favor, contrario a lo expresado en el artículo 784 del Código Judicial.

‘Artículo 784. Incumbe a las partes probar los hechos o datos que constituyen el supuesto de hecho de las normas que le son favorables...’ (El subrayado corresponde a esta Sala).

Al respecto del artículo transcrito, es la parte actora quien debe probar que la actuación surtida por la Entidad emisora de la

Resolución recurrida, así como sus actos confirmatorios, carecen de validez jurídica.

Es oportuno en esta ocasión hacer alusión al jurista colombiano Gustavo Penagos, quien dice en relación a la carga de la prueba que: '*en las actuaciones administrativas se debe observar los principios de la carga de la prueba, la cual corresponde a los acusadores*'. (PENAGOS, Gustavo. Vía Gubernativa. Segunda Edición. Ediciones Ciencia y Derecho. Bogotá, Colombia, 1995. Pág. 14).

En este mismo sentido, Jairo Enrique Solano Sierra, dice que '*la carga de la prueba de los hechos constitutivos de la acción corresponden al actor*'. (SOLANO SIERRA, Jairo Enrique. Derecho Procesal Administrativo y Contencioso. Vía Administrativa- Vía Jurisdiccional- Jurisprudencia-Doctrina. Primera Edición. Ediciones Doctrina y Ley Ltda. Santa Fé, Bogotá, D. C. Colombia, 1997. Pág. 399)..." (Lo resaltado es nuestro).

De la lectura de los precedentes judiciales reproducidos, **se infiere la importancia que tiene que el actor cumpla con su responsabilidad de acreditar su pretensión ante la Sala Tercera**, por lo que, en ausencia de mayores elementos de prueba que den sustento a la demanda presentada por **Vicente Rivas Herrera**; esta Procuraduría solicita respetuosamente al Tribunal se sirva declarar que **NO ES ILEGAL la Resolución 638-2013-S.D.G de 18 de abril de 2013**, emitida por la **Subdirección General de la Caja de Seguro Social**, ni sus actos confirmatorios; y, en consecuencia, se denieguen las restantes pretensiones del demandante.

Del Honorable Magistrado Presidente,


Rigoberto González Montenegro
Procurador de la Administración


Cecilia Elena López Cadogan
Secretaria General, Encargada