Ministerio Público/Procuraduría de la Administración

Vista N° 252

7 de junio de 2002

**Proceso Contencioso
Administrativo de
Nulidad.**

Propuesto por el Lcdo. Carlos Carrillo Gomila, en representación de **Stella Almengor (hermana de Lilia Almengor)**, para que se declare nulo, por ilegal, el artículo 3 del Reglamento sobre Prestaciones Médicas dispensadas en el exterior, aprobado por la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social, mediante Resolución N° 18,153-99 J.D. de 28 de octubre de 1999, publicado en la Gaceta Oficial N° 23,977 de 27 de enero de 2000.

Concepto.

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

En cumplimiento de nuestras atribuciones, comparecemos ante vuestro Tribunal, para intervenir en interés de la Ley en el Proceso Contencioso Administrativo de Nulidad descrito en el margen superior de la presente Vista, de conformidad con lo que establece el artículo 5, numeral 3, de la Ley N°38 de 31 de julio de 2000, que aprueba el Estatuto Orgánico de la Procuraduría de la Administración, regula el Procedimiento Administrativo General y dicta disposiciones especiales.

I. El petitum.

La demandante solicita a Vuestra Sala que se declare nulo, por ilegal, el artículo 3 del Reglamento sobre Prestaciones Médicas Dispensadas en Instituciones en el Exterior cuando no se brinden en Panamá, aprobado por la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social mediante Resolución N° 18,153-99-J.D. de 28 de octubre de 1999,

publicado en la Gaceta Oficial N°23,977 de 27 de enero de 2000, el cual es del tenor siguiente:

Ministerio Público/Procuraduría de la Administración

"Artículo 3. La Caja de Seguro Social reconocerá el gasto hasta por la suma de veinticinco mil balboas (B/.25,000.00), por las prestaciones médicas recibidas en el exterior, a los pacientes que hayan sido trasladados para atención médica especializada, después de cumplir con todos los requisitos, establecidos en el presente reglamento; suma que incluirá todos los gastos que se produzcan con ocasión al traslado del paciente y el de su acompañante, cuando esto último sea requerido por el médico tratante.

En el caso de que el paciente esté cubierto por un seguro privado la institución solamente cubrirá el deducible exigido por la aseguradora privada, monto que nunca será mayor a la suma de veinticinco mil balboas (B/.25,000.00)."

Este Despacho se opone a la pretensión de la demandante, porque la misma no está asistida por el derecho.

II. Las normas que se aducen como infringidas, son las que a seguidas se analizan:

a. En primer lugar, se dice infringido el artículo 14 del Decreto de Gabinete N° 68 de 1970, que puntualiza:

"Artículo 14. En caso de accidente de trabajo y de enfermedad profesional, el asegurado tiene derecho:

- a. A la necesaria asistencia médica y hospitalización y al suministro de los medicamentos y otros medios terapéuticos que requieran su estado;
- y
- b. A la provisión, reparación y renovación normales de los aparatos de prótesis y ortopedia, cuyo uso se estime necesario por causa de la lesión sufrida.

Para estos fines, la Caja dictará el correspondiente Reglamento."

Concepto de la violación.

La demandante señala que se ha conculcado la norma citada, de manera directa, por omisión. El artículo 3 del

Reglamento sobre Prestaciones Médicas dispensadas en instituciones en el exterior cuando no se brinden en Panamá establece que la Caja de Seguro Social reconocerá el gasto hasta por veinticinco mil balboas (B/.25,000.00) por la atención hospitalaria recibida en el exterior, lo que a juicio de la demandante infringe el tenor literal de la norma que expresamente establece los derechos de los asegurados de tener "la necesaria asistencia médica y hospitalaria" mientras dure su lesión o enfermedad.

Se acota que, al establecer un límite de las prestaciones médicas que se brindan en el extranjero, se viola la norma transcrita, porque limita o restringe la atención hospitalaria, misma que constituye un derecho para todo asegurado, cuando la norma expresamente señala que se brindará toda la asistencia médica necesaria para la recuperación del paciente.

Se esgrime, además, que el artículo 14 del Decreto de Gabinete N° 68 de 31 de marzo de 1970 expresamente establece el derecho de todo asegurado a recibir tratamiento médico, mientras dure la lesión o enfermedad, porque el mismo no fija un tope máximo de dinero para la atención del asegurado requiere recibir tratamiento médico.

De acuerdo con la demandante, la reglamentación que permite el artículo citado no se refiere a ningún costo máximo que deba conllevar el tratamiento, sino más bien a la prestación del servicio en sí.

La demandante esgrime que la norma es clara y señala el derecho que le corresponde a todo asegurado de recibir atención médica, por la institución a la cual está afiliada, sin señalamientos de limitaciones al respecto.

b. En segundo lugar, se dice infringido el artículo 15 del Decreto de Gabinete N° 68 de 31 de marzo de 1970, que a la letra dice:

"Artículo 15. La asistencia médica se prestará desde el momento en que el trabajador sea puesto a disposición de la Caja de Seguro Social o desde la comprobación de la enfermedad profesional por los servicios médicos del Seguro, y se prolongará hasta cuando sea necesario por razón de la naturaleza de la lesión o por recuperación del asegurado."

Concepto de la violación.

La demandante considera que el artículo citado dispone que la asistencia que se le brinde a los asegurados se prolongará mientras sea necesaria la atención médica en razón de la naturaleza de la lesión o por la recuperación del asegurado; y que el hecho de limitar el tratamiento hospitalario de un asegurado en el exterior hasta la suma de veinticinco mil balboas infringe el alcance de dicho artículo, ya que le impone un criterio restrictivo que se aparta del sentido de la norma.

Indica la recurrente, que la norma hoy impugnada limita los derechos de los asegurados reconocidos por la ley, pues la misma fija un límite económico para la atención médica, cuando el artículo infringido garantiza el derecho que le corresponde a todo asegurado en cuanto al correspondiente tratamiento médico mientras dure la lesión o se recupere el asegurado.

La demandante reitera que el contenido del artículo impugnado viola lo señalado en el precepto legal citado. Considera que la norma legal citada no dispone que la Caja de Seguro Social podrá reglamentar su contenido, por lo que al hacerlo se viola el mismo y se restringe el derecho que todo

asegurado tiene derecho a recibir la atención médica hasta cuando sea necesario, según la naturaleza de las lesiones o por recuperación del asegurado, tal como lo señala la norma infringida.

c. En tercer lugar, se dice vulnerado el artículo 39 del Decreto Ley N° 14 de 1954, que indica:

"Artículo 39. Para riesgo de enfermedad, la Caja concederá las siguientes prestaciones:

- a. Atención médica, quirúrgica, farmacéutica, dental y de hospitalización;
- b. Subsidio de incapacidad temporal cuando la enfermedad produzca incapacidad para el trabajo;

La atención se prestará en cada caso de una misma enfermedad por un máximo de seis (6) meses prorrogables en aquellos casos individuales en que así lo acuerde la Comisión de Prestaciones, en razón de opinión médica comprobada y documentada. Los beneficios a que se refiere el presente artículo serán prestados por la Caja o por medio de las instituciones o entidades o personas que con ella contrate."

Concepto de la violación.

La demandante señala que la norma ha sido violada de manera directa, por omisión. El artículo citado forma parte del cuerpo legal de la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social, por lo que cualquier reglamentación debe ceñirse a su contenido.

Sigue planteando la demandante, que el artículo infringido que la atención médica se prestará por un máximo de tiempo de seis (6) meses prorrogables, según lo acuerde la Comisión de Prestaciones en razón de la opinión médica comprobada y documentada, es decir, que todo asegurado podrá recibir la atención médica por un máximo de tiempo, seis

meses prorrogables, cuando existan las circunstancias
Ministerio Público/Procuraduría de la Administración
esenciales para ello.

La demandante explica que la norma no señala una cuantía máxima que la Caja de Seguro Social deba desembolsar para permitir la atención médica del asegurado.

Criterio de la Procuraduría de la Administración.

Este Despacho se opone a los planteamientos esgrimidos por la demandante, por las razones que exponemos a continuación.

La Caja de Seguro Social es la institución autónoma del Estado que le brinda a los asegurados atención en los casos de enfermedad, maternidad, invalidez, subsidio de familia, vejez, viudez, orfandad, paro forzoso, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y las demás contingencias que puedan ser objeto de previsión y seguridad social.

El artículo 14 del Decreto de Gabinete N° 68 de 31 de marzo de 1970 invocado por la demandante describe las atenciones a las que tiene derecho todo asegurado en el evento en el que le sobrevenga un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, tales como asistencia médica, hospitalización, suministro de medicamentos, terapias, aparatos de prótesis y ortopedia.

El artículo 3 del Reglamento, que se acusa de ilegal, en ningún momento cercena el derecho del asegurado a percibir alguna de las prestaciones descritas en el artículo 14 in comentario; al contrario, le otorga al asegurado la posibilidad de poder atenderse en el exterior, en el evento en que la Caja de Seguro Social ni en la República de Panamá pueda procurarse la atención que el asegurado se merece.

Por tanto, a juicio de esta Procuraduría, lejos de conculcarse los derechos del asegurado, lo que procura el artículo 3 del Reglamento, invocado, es garantizar que efectivamente las prestaciones sean recibidas.

En cuanto al artículo 15 del Decreto de Gabinete N° 68 de 31 de marzo de 1970, debemos indicar que el mismo establece el momento en que el asegurado debe recibir la asistencia médica, en el evento en que sufra de una enfermedad profesional, y ello en nada se ve perjudicado por el contenido del artículo 3 del Reglamento, acusado de ilegal, porque -al igual que en el caso anterior- lo único que hace la norma impugnada es complementar lo dispuesto en la norma in examine, cuando describe los mecanismos para facilitar al asegurado su atención en el exterior de la República, en el evento en que no se le pueda otorgar en la República de Panamá.

Lo anterior guarda relación con lo dispuesto en el artículo 39 del Decreto Ley 14 de 1954, Orgánico de la Caja de Seguro Social, porque en él se establecen las prestaciones que se le conceden al asegurado en el evento en que sufra una enfermedad.

El artículo 3 del Reglamento sobre Prestaciones Médicas Dispensadas en Instituciones en el Exterior cuando no se brinden en Panamá, aprobado por la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social mediante Resolución N° 18,153-99-J.D. de 28 de octubre de 1999, tampoco vulnera la potestad reglamentaria consignada en el artículo 15 del Código Civil, porque el párrafo final del artículo 14 del Decreto de Gabinete N° 68 de 1970 es claro al indicar que los derechos del asegurado en caso de accidente de trabajo serán desarrollados en el

Reglamento que para esos fines expedirá la Caja de Seguro Social.

Ministerio Público/Procuraduría de la Administración

Por consiguiente, el Legislador delegó en manos del Ejecutivo la potestad de desarrollar la forma como el asegurado recibirá la asistencia médica necesaria, la hospitalización, el suministro de los medicamentos y otros medios terapéuticos que requiera su estado; así como la provisión, reparación y renovación de los aparatos de prótesis y ortopedia, etc.

La reglamentación contiene, además, un mecanismo que garantiza al asegurado que va a recibir las atenciones que requiera en los casos de accidente de trabajo o enfermedad profesional, en el evento en que no pueda brindársele estas prestaciones en la República de Panamá.

Afirmar lo contrario, es una forma de desconocer todos los mecanismos que emplea la entidad de previsión social para cumplir con las funciones por la cual fue creada.

Desde nuestra perspectiva, el hecho que ello haya sido delegado en el Reglamento constituye decisión es prudente, porque como es de todos conocido, la prestación de esos servicios en el exterior, depende en gran medida de los fondos, así como los análisis actuariales que permitan el traslado al exterior, así como los gastos que ello conlleva.

De estar contemplado en la Ley, sería impráctico al momento en que fuera necesaria la actualización de los costos o la implementación de otras medidas; ya que hubiese quedado plasmado en una norma estática, más difícil de modificar que un reglamento.

Es evidente que el espíritu y el contenido del artículo 3 Reglamento sobre Prestaciones Médicas Dispensadas en

Instituciones en el Exterior cuando no se brinden en Panamá,
Ministerio Público/Procuraduría de la Administración
aprobado por la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social
mediante Resolución N° 18,153-99-J.D. de 28 de octubre de
1999, fueron expedidos ciñéndose a los parámetros legados por
la Ley.

Por lo expuesto, solicitamos respetuosamente a los
Honorable Magistrados que en su oportunidad procesal se
sirvan declarar la legalidad del acto acusado; es decir, el
artículo 3 del Reglamento sobre Prestaciones Médicas
dispensadas en el exterior, aprobado por la Junta Directiva
de la Caja de Seguro Social, mediante Resolución N° 18,153-99
J.D. de 28 de octubre de 1999, publicado en la Gaceta Oficial
N° 23,977 de 27 de enero de 2000.

Pruebas: Aceptamos las aducidas y presentadas junto con
la demanda, por tratarse de originales y copias autenticadas,
de acuerdo con lo dispuesto en el Código Judicial.

Derecho: Negamos el invocado por la demandante.

Del señor Magistrado Presidente,

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

AMdeF/5/bdec

Lcdo. Víctor L. Benavides P.
Secretario General

Ministerio Público/Procuraduría de la Administración