

REPÚBLICA DE PANAMÁ**ÓRGANO JUDICIAL****CORTE SUPREMA DE JUSTICIA****SALA TERCERA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO Y LABORAL**

Panamá, doce (12) de mayo de dos mil veintitrés (2023).

VISTOS:

El señor **ARIEL OSVALDO VARGAS PAULETTE**, a través de su apoderado legal, el Licenciado Carlos Ernesto Guevara Villar, presentó Demanda Contencioso Administrativa de Plena Jurisdicción, en la que solicita que se declare nula, por ilegal, la Resolución N°1090-2019-D.G. de 6 de junio de 2019, emitida por el Director General de la Caja de Seguro Social, así como la negativa tácita por silencio administrativo, incurrida por la Junta Directiva de dicha entidad, al no resolver el Recurso de Apelación interpuesto, y para que se hagan otras declaraciones.

Mediante la Resolución de veintidós (22) de junio de dos mil veinte (2020), esta Corporación de Justicia, a solicitud de parte, en virtud de lo establecido en el artículo 46 de la Ley N°135 de 30 de abril de 1943, ordenó a la Caja de Seguro Social que remitiera la copia autenticada de la resolución que resolvió el recurso de apelación, con la debida constancia de notificación o, en su defecto, que certificara el silencio administrativo alegado por el demandante (Cfr. Fs. 22 a 23).

Posterior a ello, la presente demanda fue admitida mediante Resolución de veintitrés (23) de septiembre de dos mil veinte (2020), por lo que se le envió copia de la misma al Director General de la Caja de Seguro Social, para que rindiera su informe

explicativo de conducta, y se le corrió traslado a la Procuraduría de la Administración, para que emitiera el concepto de ley correspondiente, en atención a lo consagrado en el artículo 33 de la Ley N°33 de 11 de septiembre de 1946 (Foja 35).

I. LAS PRETENSIONES DEL DEMANDANTE

La parte actora pretende que se anule, por ilegal, la decisión contenida en la Resolución N°1090-2019-D.G. de 6 de junio de 2019, a través de la cual el Director General de la Caja de Seguro Social resuelve no acceder a la solicitud de reembolso formulada por **ARIEL OSVALDO VARGAS PAULETTE**, respecto de los gastos médicos pagados en una clínica privada, así como la negativa tácita por silencio administrativo en que incurrió la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social, al no resolver el Recurso de Apelación promovido por el actor contra la resolución principal.

Que, en consecuencia, se ordene a la entidad demandada el pago del monto de veinticuatro mil ochocientos sesenta y seis balboas con treinta y cinco centésimos (B/.24,866.35), en concepto de reembolso de gastos médicos en que incurrió el demandante por el tratamiento médico recibido en una clínica privada (Hospital Santa Fe), producto de la condición de urgencia vital en la que se encontraba.

II. HECHOS EN QUE SE FUNDAMENTA LA DEMANDA

El apoderado legal del señor **ARIEL OSVALDO VARGAS PAULETTE** señala que, a causa de un episodio de convulsión que causó un estado de inconsciencia y colocó en peligro inminente de muerte a su representado, fue trasladado de urgencia por el Sistema Único de Manejo de Emergencias (SUME 911), al primer hospital más próximo al Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, debido al mal servicio de urgencia que presta este último, con el objetivo de salvaguardar su vida.

Que la Caja de Seguro Social, para no acceder a la solicitud de reembolso de gastos médicos, realizó una abstracción de la condición real de salud que mantenía su representado, exigiendo una autorización previa en cuanto al uso de servicios médicos externos a la entidad, sin tomar en cuenta que la condición de urgencia vital en la que se encontraba el señor **ARIEL OSVALDO VARGAS PAULETTE**, lo eximía de dicho requisito.

Sostiene que, la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social incurrió en una negativa tácita por silencio administrativo, al no resolver en el tiempo establecido por Ley, el recurso de apelación promovido contra la Resolución N°1090-2019-D.G. de 6 de junio de 2019, lo que legitima el acceso a la jurisdicción contencioso administrativa, para el reconocimiento de un derecho subjetivo lesionado.

III. DISPOSICIONES LEGALES QUE SE ESTIMAN CONCULCADAS Y EL CONCEPTO DE SU INFRACCIÓN

De acuerdo con el argumento de la parte actora, la resolución administrativa objeto de reparo es infractora del artículo 132 de la Ley N°51 de 27 de diciembre de 2005 (que reforma la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social y dicta otras disposiciones), de los artículos 19 y 76 del Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud de la Caja de Seguro Social, y de los artículos 35 y 156 de la Ley N°38 de 31 de julio de 2000, los cuales son del tenor siguiente:

***Ley N°51 de 27 de diciembre de 2005.**

“Artículo 132. Sistema de Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social. La Caja de Seguro Social, a través de un sistema de servicios de salud, brindará atención de salud a los jubilados, pensionados, asegurados y dependientes cubiertos por el Riesgo de Enfermedad y Maternidad y a los trabajadores cubiertos por riesgos profesionales, en forma integral. Esta atención se brindará en el ámbito de la red de servicios de atención institucional, a través del enfoque bio-sicosocial en salud y con criterios de efectividad, eficacia, calidad, equidad y oportunidad.”

Fundamenta el actor que, la norma citada fue conculcada en forma directa, por omisión, pues si bien recibió los servicios médicos en un hospital privado, en atención a la urgencia vital en la que se encontraba, y no en la Caja de Seguro Social, como lo establece la norma, le resulta aplicable dicho beneficio y, por tanto, el consecuente reembolso de los gastos médicos en que incurrió, tal como lo prevé el artículo 76 del Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud de la Caja de Seguro Social.

***Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud de la Caja de Seguro Social** (Resolución No.52,872-2018-J.D. de 10 de octubre de 2018).

“Artículo 19. La prestación de los servicios de salud por riesgo de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales, se ofrecerá en la red de instalaciones de salud de la Caja Seguro Social, en los establecimientos del sector salud del Estado con los que se hayan establecido convenios, o en aquellas instituciones u organizaciones de salud no gubernamentales, con las que la Caja de Seguro Social hubiere convenido o contratado para tal fin, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 70 y el numeral 1 del artículo 136 de la Ley 51 de 2005.”

La parte actora alega que, la disposición comentada fue conculcada en forma directa, por omisión, pues de manera excepcional la prestación del servicio de salud puede ofrecerse en aquellas instituciones u organizaciones de salud no gubernamentales, con las cuales la Caja de Seguro Social hubiere convenido o contratado para tal fin, lo cual también se genera en casos de urgencia, como ocurrió en la presente causa, lo cual quedó evidenciado en la bitácora de la ambulancia del Sistema Único de Manejo de Emergencias (SUME 911), de manera que resulta aplicable lo dispuesto en el artículo 76 del Reglamento citado y no, como lo estableció la entidad demandada en la resolución objeto de impugnación.

“Artículo 76: El reembolso de gastos médicos se hará efectivo cuando el beneficiario en casos de urgencia o emergencia, compruebe que no pudo obtener previamente la autorización de la Institución. Lo anterior sin perjuicio de lo que establece la Ley 16 de 1986.”

Para sustentar el presente cargo de infracción, expone el demandante que la parte motiva del acto administrativo impugnado omite su aplicación al caso, al momento de justificar su negativa de reembolsar los gastos médicos en que incurrió, aún cuando la bitácora de la ambulancia del Sistema Único de Manejo de Emergencias (SUME 911), que lo asistió el día de los hechos, constata que se trataba de un caso urgente que provocó que los profesionales de la salud lo trasladaran al centro hospitalario más próximo al Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, con el propósito de preservar su vida.

***Ley N°38 de 31 de julio de 2000, sobre el Procedimiento Administrativo General.**

“Artículo 35. En las decisiones y demás actos que profieran, celebren o adopten las entidades públicas, el orden jerárquico de las disposiciones que deben ser aplicadas será: la Constitución Política, las leyes o decretos con valor de ley y los reglamentos.

En el ámbito municipal, el orden de prioridad de las disposiciones jurídicas será: la Constitución Política, las leyes, decreto leyes, los decretos de gabinete, los decretos ejecutivos, las resoluciones de gabinete, los acuerdos municipales y los decretos alcaldicios.

A nivel de las juntas comunales y las juntas locales debe aplicarse el siguiente orden jerárquico: la Constitución Política, leyes, decretos leyes, decretos de gabinete, los decretos ejecutivos, las resoluciones de gabinete, los acuerdos municipales, decretos alcaldicios y los reglamentos que dicten las juntas comunales.”

“Artículo 156. Cuando se formulare alguna petición a una entidad pública y ésta no notificase su decisión en el plazo de un mes, el interesado podrá denunciar la mora. Si transcurren dos meses desde la fecha de la presentación de la petición, el interesado podrá considerarla desestimada, al efecto de deducir, frente a esta denegación presunta, el correspondiente recurso administrativo o jurisdiccional, según proceda, o esperar la resolución expresa de su petición.

Igual facultad de opción asistirá, sin necesidad de denunciar la mora, al interesado que hubiere interpuesto cualquier recurso administrativo, entendiéndose entonces producida su desestimación presunta por el mero transcurso del plazo de dos meses desde su interposición.

Ambos términos transcurrirán cuando la autoridad competente no adopte medidas de actividad procesal, tendientes a proferir la decisión que corresponda.”

Considera el actor que, las normas citadas han sido quebrantadas en forma directa, por comisión, pues la decisión adoptada por la Caja de Seguro Social se

fundamentó en el numeral 12 del Punto V, sobre Normas Generales del Procedimiento 54-03 de diciembre de 2003, sobre Servicios Médicos Externos en el Territorio Nacional, disposición que desconoce la condición excepcional que plantea el artículo 76 del Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud de la Caja de Seguro Social, que permite el reembolso de gastos médicos cuando el beneficiario en caso de urgencia o emergencia compruebe que no pudo obtener previamente la autorización de la Institución, condición en la cual se encontraba **ARIEL OSVALDO VARGAS PAULETTE**. Además, porque el recurso de apelación interpuesto contra la resolución administrativa impugnada, no fue resuelto en el término de dos (2) meses como lo exige la norma, por lo que la entidad demandada incurrió en una negativa tácita por silencio administrativo, violentando el orden jurídico vigente, lo que legitima su acceso a la jurisdicción contencioso administrativa, con el fin que se le reconozca el derecho subjetivo lesionado.

IV. INFORME DE CONDUCTA DEL FUNCIONARIO DEMANDADO

Por medio de la Nota N°DENL-N-144-2020 de 2 de octubre de 2020, visible de fojas 37 a 43, el Director Ejecutivo Nacional Legal, mediante delegación del Director General de la Caja de Seguro Social, emitió el Informe de Conducta correspondiente, en el cual establece que el hecho bajo el cual el actor sustenta sus pretensiones en contra de dicha entidad estatal, se originó a partir de la solicitud de reembolso de gastos médicos en concepto de hospitalización, honorarios médicos y otros, incurridos en el Hospital Santa Fe, presentada por la señora Irina Enith San Martín de Vargas, actuando en nombre y representación de su esposo **ARIEL OSVALDO VARGAS PAULETTE**, el 5 de febrero de 2019.

Que conforme al trámite correspondiente, el Departamento de Trámite, Control y Seguimiento de los Servicios Médicos Externos, mediante nota DENSYPS-DTCYSSME-577-19 de 27 de febrero de 2019, dirigida al Jefe del Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Metropolitano "Dr. Arnulfo Arias Madrid", solicitó que

se conformara una Comisión Médica Especializada, integrada por no menos de tres (3) médicos especialistas, para evaluar y recomendar sobre la solicitud del asegurado, la cual rindió un Informe, a través de la Nota CHM-DR.“AAM”-SMI-044-19, de 3 de abril de 2019, en el cual se indicó lo siguiente:

“1. ¿Diagnóstico y fecha de inicio de la patología?

Resp: Según Resumen Clínico de hospitalización el diagnóstico era: Convulsión tónico clónica generalizada (sic) secundario a estado hiperglicémico hiper-osmolar.

Fecha de inicio, 27 de Diciembre-2018.

2. ¿Estaban indicados los procedimientos realizados en la patología del paciente, Sí o No, Explique?

Resp: Sí estaba(sic) indicados todos los exámenes de laboratorio y gabinetes realizados.

3. ¿Si la institución podía ofrecer estos servicios en sus instalaciones?

Resp: Sí se ofrecen estos Servicios en las instalaciones de la Caja de Seguro Social. A escasos metros esta el Cuarto de Urgencias(sic) del CH.DR.AMM, donde se brindan estos servicios.

4. Sí es un caso de Urgencial(sic)”

Señala que, mediante la Resolución N°1090-2019-D.G. de 6 de junio de 2019, la Dirección General de la Caja de Seguro Social resolvió NO ACCEDER a la solicitud de reembolso formulada por el demandante, que le fue notificada el 18 de noviembre de 2019, contra la cual formuló recurso de apelación, recibido en la Secretaría General de la entidad, el 22 de noviembre de 2019, a las 9:40 a.m.

Sostiene que, previo el cumplimiento del procedimiento establecido en la Ley N°38 de 31 de julio de 2000, la Subdirección General de la Caja de Seguro Social, por medio de la Providencia calendada 11 de febrero de 2020, admitió el recurso de apelación y lo concedió en el efecto suspensivo; decisión que le fue notificada al demandante, mediante Edicto N°323-2020, fijado por el término de un (1) día hábil, el 18 de marzo de 2020, a las 1:35 p.m.

Expone que, la decisión impugnada se fundamentó en la prohibición de externalizar servicios, contenida en el artículo 70 de la Ley N°51 de 27 de diciembre de 2005, los artículos 136, 141 y 225 lex cit., así como en los artículos 14, 19, 27, 46, 47 y 48 del Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud, que establecen que la prestación de los servicios de salud por riesgo de enfermedad, maternidad y riesgos

profesionales se brindará en la red de instalaciones de salud de la entidad, en las instalaciones de salud del Estado o en aquellas no gubernamentales en las que se haya pactado convenios o contratos para tal fin; que está prohibida la adquisición de servicios de salud distintos a los que la Caja de Seguro Social ofrece a los asegurados y sus dependientes en su red de instalaciones, excepto en casos de imposibilidad temporal para prestarlos previa certificación y cumplimiento del procedimiento establecido para ello; que se admite reembolso de gastos médicos, siempre que sea en casos de urgencia o emergencia y se compruebe que no pudo obtenerse una autorización previa por parte de la institución.

Concluye que, las constancias documentales que reposan en el expediente evidencian que la decisión asumida por el asegurado, en someterse a tratamiento médico en clínica privada, fuera de las instalaciones de la Caja de Seguro Social, fue una medida unilateral y personal, sin la correspondiente autorización por parte de la entidad, lo que contraviene lo dispuesto en el Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud, sobre todo porque el procedimiento requerido por el asegurado se podía brindar en las instalaciones de la Caja de Seguro Social.

IV. OPINIÓN DE LA PROCURADURÍA DE LA ADMINISTRACIÓN

Por medio de la Vista Número 1030 de 4 de agosto de 2021, visible de fojas 76 a 87, la Procuraduría de la Administración ha indicado que no le asiste la razón al recurrente, por lo que recomienda a esta Colegiatura que no se declare ilegal el acto administrativo impugnado, ni la supuesta negativa tácita, en la que incurrió la entidad al no dar respuesta oportuna al recurso de apelación contra el acto administrativo demandado; y, por consiguiente, que se niegue el resto de las pretensiones del impugnante.

En tal sentido, indica que la Comisión Médica Evaluadora recomendó no acceder a la solicitud de reembolso por gastos médicos incurridos, en vista que la entidad sí podía prestar el servicio requerido por el demandante, en las instalaciones de la Caja

de Seguro Social que estaban a pocos metros donde fue recluido el asegurado, que equivalen a los servicios de urgencia o emergencia del Complejo Hospitalario Metropolitano, los cuales **ARIEL OSVALDO VARGAS PAULETTE** no utilizó al tomar, de manera unilateral, la decisión de ser atendido en un centro médico privado. Aunado a que, no obtuvo la autorización previa para acceder a la atención médica en la clínica privada, de manera que la entidad demandada ciñó su actuación a los parámetros establecidos en el numeral 12 del Punto V sobre Normas Generales del Procedimiento 54-03 de 2003, sobre la Obtención de Servicios Médicos Externos en el Territorio Nacional, vigente al momento que se dieron los hechos.

En atención al alegado silencio administrativo en que incurrió la institución de salud, al no contestar oportunamente el recurso de apelación promovido por el demandante, señala que mediante certificación de 1 de septiembre de 2020, la Caja de Seguro Social indicó al Tribunal que en ese momento el proceso se encontraba en grado de apelación y pendiente de ser analizado por la Comisión de Prestaciones Económicas, de la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social, por lo que la entidad no se había negado a responder el recurso de alzada, cuyo expediente fue remitido el 17 de agosto de 2020, para su evaluación, de acuerdo al numeral 2 del artículo 31 de la Ley N°51 de 27 de diciembre de 2005.

FASE PROBATORIA Y ALEGATOS

A través del Auto de Prueba N°104 de diez (10) de febrero de dos mil veintidós (2022), modificado mediante Resolución de veintiocho (28) de julio de dos mil veintidós (2022), se admitieron las pruebas documentales, presentadas y aducidas, por la parte actora y la Procuraduría de la Administración (Cfr. Fs. 89, 90, 101 a 106).

Conforme lo establece el artículo 61 de la Ley N°135 de 1943, en su último párrafo: *"las partes pueden presentar, dentro de los cinco días siguientes al término*

fijado para practicar las pruebas, un alegato escrito respecto del litigio"; tenemos que el Licenciado Carlos Ernesto Guevara Villar, actuando en nombre y representación de **ARIEL OSVALDO VARGAS PAULETTE**, incorpora escrito de alegatos (Fs. 113 a 116 del expediente) en el cual reitera su solicitud de declaratoria de nulidad, por ilegal, de la Resolución No.1090-2019-D.G. de 6 de junio de 2019, emitida por el Director General de la Caja de Seguro Social.

Por otro lado, el Procurador de la Administración, por medio de la Vista Número 1553 de 19 de septiembre de 2022, reafirma, sin mayor variante, la opinión expresada en la Vista Número 1030 de 4 de agosto de 2021, en la cual recomienda a los Magistrados que integran la Sala, declarar que es legal la resolución demandada (Fs.117 a 122).

DECISIÓN DE LA SALA

Concluido el trámite procesal de rigor, le compete a este Tribunal Colegiado examinar los cargos de infracción contra las normas que se estiman vulneradas por la parte actora, dentro de la presente Demanda Contenciosa-Administrativa, a fin de verificar si las medidas adoptadas por la entidad demandada con la expedición del acto administrativo impugnado se ajustan o no a derecho.

De un examen del expediente se confirma que la pretensión de la parte actora es la declaratoria de ilegalidad de la Resolución N°1090-2019-D.G. de 6 de junio de 2019, proferida por el Director General de la Caja de Seguro Social, por medio de la cual resolvió no acceder a la solicitud de reembolso de gastos médicos incurridos en la Clínica Privada, por considerar que la Institución podía proveer los servicios en el Cuarto de Urgencia del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid; así como la negativa tácita por silencio administrativo, en que incurrió la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social al no resolver oportunamente el recurso de apelación interpuesto; y, en consecuencia, se ordene el pago del reembolso requerido.

De las constancias documentales que reposan en el expediente administrativo (Fs. 1 a 22), constatamos que la esposa del señor **ARIEL OSVALDO VARGAS PAULETTE** presentó el día 5 de febrero de 2019, una solicitud de reembolso de gastos médicos por la suma de veinticuatro mil ochocientos sesenta y seis balboas con 35/100 (B/.24,866.35), ante el Director General de la Caja de Seguro Social, por los hechos ocurridos el día 27 de diciembre de 2018, cuando producto de un cuadro convulsivo que lo dejó inconsciente, fue trasladado por el Sistema Único de Manejo de Emergencias (SUME 911), desde la Clínica Dental Milagros, en calle estudiante, hasta el Cuarto de Urgencias del Hospital Santa Fe, donde fue atendido por el Doctor Felipe Rodríguez, médico tratante, quien mediante informe clínico manifestó que el demandante mantenía un episodio de *“Convulsión Tónico Clónica Generalizada Secundario a Estado Hiperglicémico Hiperosmolar”*, que lo mantuvo en la unidad de cuidados intensivos de dicho centro hospitalario por varios días.

Se observa que, iniciados los trámites correspondientes por parte de la Caja de Seguro Social, para determinar si se accedía o no al reembolso del dinero solicitado por el recurrente, la Jefa del Departamento de Trámite, Control y Seguimiento de los Servicios Médicos Externos, Doctora Jessica Sánchez A., envió la Nota N°DENSYPS-DTCYSSME-577-19 de 27 de febrero de 2019, al Jefe del Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Dr.A.A.M., Doctor José Francisco Soto, solicitando la conformación de una Comisión Médica Especializada integrada por tres (3) médicos, para que evaluaran y recomendaran sobre la viabilidad o no, de la solicitud de reembolso presentada por el asegurado **ARIEL OSVALDO VARGAS PAULETTE** (Cfr. F. 93 del expediente administrativo).

Visible de fojas 94 a 97 del expediente administrativo, se advierten la **Nota CHM-Dr. “AAM”-SMI-044-19 de 3 de abril de 2019**, contentiva del Informe de la Comisión Médica Evaluadora suscrito por los doctores de Medicina Interna, Ricardo Sandoval, Roberto Mitre A., Lillanis Montilla y José F. Soto, y la **Nota DENSYPS-DTCYSSME-**

1162-19 de 10 de mayo de 2019, emitida por el Doctor Eric Perdomo, Director Ejecutivo Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud, dirigida a la Licenciada Marisol P. De Della Togna, Directora Ejecutiva Nacional Legal de la Caja de Seguro Social, con la cual remite la opinión proferida por la Comisión Médica Evaluadora del Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Metropolitano "Dr. A.A.M.", con respecto a la solicitud del señor **ARIEL OSVALDO VARGAS PAULETTE**, indicando lo siguiente:

"...

La opinión de la Comisión Médica Evaluadora del Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Metropolitano, ...es la siguiente:

'1. ¿Diagnóstico y fecha de inicio de patología?

Resp.: Convulsión tónico clónica generalizado secundario a estado hiperglicémico hiper-osmolar.

Fecha de inicio, 27 de diciembre de 2018.

2. ¿Estaban indicados los procedimientos realizados en la patología del paciente Sí o No, Explíque?

Resp.: Sí estaban indicados todos los exámenes de laboratorio y gabinetes realizados.

3. ¿Si la institución podía prestar estos servicios en sus Instalaciones?

Resp.: Sí se ofrecen esos Servicios en las instalaciones de la Caja de Seguro Social. A escasos metros esta el Cuarto de Urgencias del CH. Dr. AAM., donde se brinda estos servicios.

4. ¿Si se trata de una urgencia vital?

Resp.: Sí era un caso de Urgencia".

La Institución podía brindar todos los Servicios en el Cuarto de Urgencia del Complejo Hospitalario, que se encontraba a pocos metros.

La Ley 51 de diciembre de 2005, en su artículo 70 dice: 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 procedimientos que permitan eliminar lo más rápidamente posible la adquisición externa de dichos servicios.

Por las razones expuestas, esta Dirección Ejecutiva recomienda **NO ACCEDER** a la solicitud de reembolso..."

Con fundamento en lo planteado, el Director General de la Caja de Seguro Social, en ejercicio de las facultades conferidas por el artículo 41 (numeral 9) de la Ley

N°51 de 27 de diciembre de 2005, resolvió NO ACCEDER a la solicitud de reembolso presentada por el accionante, por medio de la Resolución N°1090-2019-D.G. de 6 de junio de 2019, contra la cual el afectado interpuso Recurso de Apelación, el 22 de noviembre de 2019; y, posteriormente, presentó la demanda que nos ocupa, solicitando la nulidad del acto principal y de la negativa tácita por silencio administrativo, incurrido por la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social, al no resolver alzada oportunamente.

Dicho lo anterior, corresponde determinar si se constituyó la negativa tácita por silencio administrativo, en los términos señalados en la demanda, y su incidencia en la legalidad de la actuación administrativa, para posteriormente revisar los cargos de ilegalidad invocados por la parte actora.

El silencio administrativo constituye un fenómeno jurídico al cual la ley le concede el efecto procesal de hacer viable una acción ante la jurisdicción contencioso administrativa, cuando la Administración no atiende o responda a los recursos que ante ella presenta un particular que considera que se le ha vulnerado un derecho subjetivo.

Lo indicado encaja con la definición contenida en el numeral 104 del artículo 201, de la Ley N°38 de 31 de julio de 2000, que contiene el glosario, y que cita así:

"104. Silencio administrativo. Medio de agotar la vía administrativa o gubernativa, que consiste en el hecho de que la administración no contesta, en el término de dos meses, contado a partir de su presentación, la petición presentada o el recurso interpuesto por el particular. De esta manera, se entiende que la administración ha negado la petición o recurso respectivo, y que queda abierta la vía jurisdiccional de los contencioso-administrativo ante la Sala Tercera de la Corte Suprema de Justicia, para que si el interesado lo decide, interponga el correspondiente recurso de plena jurisdicción con el propósito de que le restablezca su derecho subjetivo, supuestamente violado."

En concordancia con la norma citada, los artículos 156 y 157 lex cit., también hacen referencia al silencio administrativo y al entendimiento de la denegación presunta cuando no exista respuesta en las peticiones realizadas por un particular, a efectos de presentar los recursos administrativos o jurisdiccionales procedentes, o al entendimiento positivo de la respuesta a lo solicitado, cuando así lo establezca

expresamente una disposición legal.

Por su parte, el artículo 200 de la Ley N°38 de 31 de julio de 2000, en sus numerales 1 y 2, establece que se entiende agotada la vía gubernativa cuando: "1. *Transcurra el plazo de dos meses sin que recaiga decisión alguna sobre cualquier solicitud que se dirija a un funcionario o autoridad; siempre que dicha solicitud sea de las que originan actos recurribles ante la jurisdicción contencioso-administrativa;* 2. *Interpuesto el recurso de reconsideración o apelación, señalados en el artículo 166, se entiende negado, por haber transcurrido un plazo de dos meses sin que recaiga decisión sobre él;...*".

Ante lo señalado y de un examen del dossier, se advierte que el demandante se notificó de la resolución objeto de reparo el 18 de noviembre de 2019 y presentó el recurso de apelación ante la Secretaría General de la Caja de Seguro Social, el día 22 de noviembre de 2019, pero por falta de pronunciamiento de la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social, luego de transcurrido el término previsto en la norma (dos meses contados a partir de su interposición), presentó solicitud de certificación de silencio administrativo o negativa tácita al recurso propuesto, el día 18 de marzo de 2020; y, seguidamente, el 19 de marzo del mismo año, interpuso la acción contencioso-administrativa que nos ocupa (Cfr. Fs. 1 a 21).

Por lo indicado, esta Colegiatura mediante Resolución de veintidós (22) de junio de dos mil veinte (2020), solicitó a la Caja de Seguro Social que certificara el silencio administrativo, en caso de que no hubiese resuelto la alzada, ante lo cual la entidad de salud demandada, a través de la Nota Sec. Gral. 672-2020 de 1 de septiembre de 2020, informó que el proceso se encontraba en grado de apelación y pendiente de ser analizado por la Comisión de Prestaciones Económicas, de la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social (Cfr. F. 22, 23 y 29).

Sobre el particular, consideramos importante subrayar que es deber legal de la Administración dar respuesta al recurrente en cuanto a su petición, y solo puede justificarse la demora, en la medida que le informe las razones de la misma,

oportunamente. De otro modo, la norma permite asumir que existe un silencio administrativo y, consecuentemente, una negativa a su petición, lo cual se configuró en la presente causa.

Cabe advertir que, la omisión de la Administración de un pronunciamiento oportuno respecto de la solicitud o recurso interpuesto, no constituye *per se* una violación de los artículos 156 y 200 de la Ley N°38 de 31 de julio de 2000, ya que esta normativa lo que busca es ofrecer una garantía al actor frente al incumplimiento de la Administración, para que pueda acudir a la vía jurisdiccional pasado el término previsto.

Dicho lo anterior, corresponde pasar a examinar los cargos de ilegalidad invocados por la accionante, contra el acto administrativo acusado, no sin antes exponer algunas consideraciones, en torno al tema objeto de análisis.

El derecho a la Salud y a la Seguridad Social, de acuerdo a lo consagrado en el artículo 109 y ss. de nuestra Constitución Nacional, tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, y se ve materializada por medio de los centros e instituciones que integran el sector salud, los cuales prestan el servicio público de salud, a través de sus propias estructuras.

De allí que, el modelo de protección social de la Caja de Seguro Social, de acuerdo a su finalidad y naturaleza jurídica, contemplada en el artículo 2 de la Ley N°51 de 27 de diciembre de 2005, no asume la cobertura de gastos causados por la provisión de prestaciones en establecimientos médicos que no sean los instaurados u organizados, para tal fin, en la propia institución, salvo determinados casos excepcionales sobre los cuales procederá la figura del reembolso de gastos médicos, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 70 de la Ley N°51 citada, en concordancia con los artículos 46, 47, 76 a 78 del Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud de la Caja de Seguro Social, publicado en la Gaceta Oficial 28634-A, que citan:

“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.”

“**Artículo 46.** Queda explícitamente prohibida la adquisición de aquellos servicios de salud, que la Caja de Seguro Social provea en su red a los asegurados y sus dependientes de acuerdo a la Cartera de Servicios, salvo en los casos en que la Institución se encuentre temporalmente imposibilitada para prestarlos, previa certificación de la misma, basados en los procedimientos establecidos.”

“**Artículo 47.** Las Prestaciones dispensadas dentro del país por instituciones ajenas a la Caja, sólo se brindarán por ausencia temporal o absoluta del servicio, cuando la demanda supere la capacidad y estos sean estrictamente necesarios para la atención.”

“**Artículo 76:** El reembolso de gastos médicos se hará efectivo cuando el beneficiario en casos de urgencia o emergencia, compruebe que no pudo obtener previamente la autorización de la Institución. Lo anterior sin perjuicio de lo que establece la Ley 16 de 1986.”

“**Artículo 77:** La Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud, procederá a conformar una Comisión Médica pertinente, integrada por tres médicos, que valorará la condición clínica del beneficiario y determinará si la urgencia o emergencia puso en riesgo la vida o la salud, en el momento que recibió la prestación en salud.”

“**Artículo 78:** La Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud autorizará el reembolso de los gastos incurridos, hasta la suma de cincuenta mil balboas (B/.50,000.00), por enfermedad, que sea solicitado dentro de los doce (12) meses siguientes de ocurrido el hecho, y se ajuste a los dispuesto en las normas y procedimiento institucionales vigentes.”

De las disposiciones legales citadas, se desprende una clara prohibición de la adquisición de servicios que la Caja de Seguro Social posee y puede ofrecer a sus asegurados y dependientes; sin embargo, también señala excepciones específicas para la prestación de tales servicios por instituciones ajenas a la entidad, tales como la ausencia temporal o absoluta del servicio, cuando la demanda supere la capacidad instalada y que tales servicios sean estrictamente necesarios para su atención.

De igual forma, el compendio normativo establece que el reembolso de gastos médicos se hará efectivo en casos de urgencia o emergencia y se compruebe que el asegurado no pudo obtener previamente la autorización de la Institución, sin perjuicio

de lo que contempla Ley N°16 de 31 de julio de 1986 (por la cual se dictan normas para garantizar la asistencia médica de urgencia a las personas que se encuentren en grave peligro de muerte).

Esta última ley dispone que, los hospitales, clínicas y demás establecimientos privados que cuenten con las facilidades adecuadas para atender casos de urgencia que funcionan en la República, están en la obligación de prestar asistencia médica de urgencia, entendiéndose por casos de urgencia, los de personas víctimas de infartos, politraumatismos, accidentes graves, catástrofes y que, por razón de su gravedad, no puedan acudir a los centros de salud del Estado, sin grave riesgo inmediato para sus vidas; por lo que, a juicio del médico tratante, debido a la gravedad de la condición del paciente, el mismo quedará recluido en dicho centro médico, hasta tanto pueda gestionarse su traslado a un hospital estatal.

Así también la ley establece que, ante la solicitud de reembolso la Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud, procederá a conformar una Comisión Médica Evaluadora, integrada por tres (3) médicos especialistas, que valorará la condición clínica del beneficiario y determinará si la urgencia o emergencia puso en riesgo la vida o la salud, en el momento que recibió la prestación en salud.

Lo anterior evidencia que, la solicitud de autorización resulta ser un trámite de carácter instrumental y que la aprobación o no del reembolso de los gastos totales o parciales en que incurra el paciente, que deben ser asumidos por la Caja de Seguro Social, **dependerá de la evaluación** que, en cuanto al **diagnóstico, urgencia y existencia de tratamiento o servicio en dicha entidad**, establezca la Comisión Evaluadora, aun cuando sean posterior a la fecha del tratamiento recibido, siempre que la petición se presente dentro de los dos (2) meses siguientes de ocurrido el hecho, y siempre que se ajuste a las normas y procedimientos institucionales vigentes.

Ahora bien, tal como se aprecia, ante una situación de urgencia vital el precepto reglamentario precitado hace justificable la utilización de medios o recursos ajenos a

los ofrecidos por la Caja de Seguro Social y la viabilidad del reembolso de gastos médicos incurridos en ellos. No obstante, la ley también refiere que debe existir una ausencia temporal o absoluta de la prestación del servicio, o una falta de capacidad para la prestación del mismo.

Sobre este punto, somos de criterio que, la urgencia vital señalada precisa no solo de la situación patológica que presuntamente ponga en peligro la integridad fisiológica del asegurado o sus dependientes y que exija una acción terapéutica inmediata, sino que no sea posible, o sea extremadamente difícil o desaconsejable clínicamente el acudir a los servicios sanitarios estatales, bien sea porque existe una ausencia temporal o absoluta en la prestación de los servicios requeridos, o una sobrecarga de los mismos, u otros factores como la lejanía del centro o carencia de instalaciones o medios adecuados que impidan una atención oportuna y efectiva.

Ante lo señalado y luego de un análisis de las motivaciones de la decisión objeto de impugnación, el material probatorio que reposan en el expediente judicial y administrativo, si bien se evidencia que el señor **ARIEL OSVALDO VARGAS PAULETTE** mantenía una condición grave que puso en riesgo su vida y, que como bien lo señaló el Informe de la Comisión Médica Evaluadora, era de urgencia vital, también se determinó que la Caja de Seguro Social **sí ofrecía los servicios que requería el asegurado enfermo** y que, incluso, el centro hospitalario externo donde fue atendido, se encontraba a pocos metros del Cuarto de Urgencias del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid.

Aunado a ello, no se encuentra probado dentro del proceso que **ARIEL OSVALDO VARGAS PAULETTE**, luego de recibir la atención primaria en el Cuarto de Urgencia del Hospital Santa Fe (27 de diciembre de 2018) y de terminar su reclusión en la Unidad de Cuidados Intensivos de dicho centro (30 de diciembre de 2018), **solicitara personalmente o por interpuesta persona su traslado a un centro de atención hospitalaria estatal**, así como tampoco se observa documentación en la cual el

médico tratante recomendara no transferirlo, con base en la gravedad de su estado de salud. Por el contrario, el material probatorio evidencia que estuvo hospitalizado en el centro médico privado, hasta el 6 de enero de 2019, aproximadamente, 6 días después de su salida de la Unidad de Cuidados Intensivos, lo que demuestra que fue una medida o decisión personal que se aparta del procedimiento exigidos por la Ley N°51 de 27 de diciembre de 2005 y el Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud de la Caja de Seguro Social, para acceder al reembolso pretendido (Cfr. Fs. 15 a 90 del expediente administrativo).

Ante las circunstancias expuestas esta Colegiatura es de opinión que, si bien el asegurado o sus familiares pueden libremente acudir a los centros médicos que estimen convenientes o a los que le ofrezcan las máximas garantías de atención y curación, no pueden pretender que las consecuencias económicas de tal decisión sean respaldadas por la entidad demandada bajo la premisa de la *“mala prestación del servicio que brinda la demandada en sus cuartos de urgencia, sobre todo en el Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid...”*, tal como lo alega la parte actora en su demanda, ya que dicha entidad de Seguridad Social tiene que responder a normas preestablecidas sobre el alcance de su acción protectora, cuyo objetivo principal es garantizar, no solo la eficacia en los servicios prestados sino la estabilidad financiera del sistema de salud, lo que supone la necesidad de un equilibrio entre los intereses individuales y los colectivos.

Es por estas razones que, el reembolso de gastos médicos por servicios prestados fuera del Sistema Nacional de Salud es de **carácter excepcional**, y por tanto, **debe ser debidamente justificado** ante la entidad administrativa o ante el Tribunal correspondiente, pues por muy legítima y comprensible que resulte la búsqueda de una mejor posibilidad de asistencia médica, la restitución del costo de la misma no puede ser ejecutada en detrimento de un sistema público de protección

instrumentado para atender necesidades sociales, a su vez, sostenido por la solidaria contribución de todos los ciudadanos.

Por las consideraciones expuestas, este Tribunal concluye que el demandante no ha probado los cargos de infracción de los artículos 132 de la Ley N°51 de 27 de diciembre de 2005 (que reforma la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social y dicta otras disposiciones), los artículos 19 y 76 del Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud de la Caja de Seguro Social, y los artículos 35 y 156 de la Ley N°38 de 31 de julio de 2000, de manera que lo procedente es declarar la legalidad del acto administrativo impugnado.

En consecuencia, la **CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA TERCERA DE LO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley, **DECLARA QUE NO ES ILEGAL** la **Resolución N°1090-2019-D.G. de 6 de junio de 2019**, emitida por el Director General de la Caja de Seguro Social y, en consecuencia, **NO ACCEDE** al resto de las pretensiones formuladas en la demanda.

Notifíquese y Cúmplase,



CECILIO CEDALISE RIQUELME
MAGISTRADO



MARÍA CRISTINA CHEN STANZIOLA
MAGISTRADA



CARLOS ALBERTO VÁSQUEZ REYES
MAGISTRADO



KATIA ROSAS
SECRETARIA

SALA III DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

NOTIFIQUESE HOY 19 DE mayo

DE 20 23 A LAS 8:33 DE LA mañana

A Presidencia de la Administración

[Signature]
FIRMA

Para notificar a los interesados de la resolución que antecede,

se ha fijado el Edicto No. 1530 en lugar visible de la

Secretaría a las 4:00 de la tarde

de hoy 16 de mayo de 20 23

[Signature]
SECRETARIA