



REPÚBLICA DE PANAMÁ  
ÓRGANO JUDICIAL

**CORTE SUPREMA DE JUSTICIA – SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO**

Panamá, treinta (30) de enero de dos mil veinticuatro (2024).

**VISTOS:**

La Licenciada Karla María León Navarro, actuando en nombre y representación de **LASTENIA MARÍA NAVARRO**, ha interpuesto Demanda Contencioso Administrativa de Plena Jurisdicción, para que se declare nula, por ilegal, la Resolución No. 639-2021-D.G. de 6 de diciembre de 2021, emitida por la Caja de Seguro Social, sus actos confirmatorios, y para que se hagan otras declaraciones.

**I. LA PRETENSIÓN Y SU FUNDAMENTO.**

La parte actora acude a este Tribunal con el propósito de obtener la declaratoria de nulidad, por ilegal de la Resolución NO. 639-2021-D.G. de 6 de diciembre de 2021, proferida por el Director General de la Caja de Seguro Social, a través de la cual se resolvió lo siguiente:

**“NO ACCEDER** a la solicitud de reembolso por gastos médicos, presentada el día del (sic) 21 de mayo de 2021, por la asegurada **LASTENIA MARIA NAVARRO SOTO**, con cédula de identidad personal **8-191-565** y seguro social No.**016-9272**, solicitó reembolso de gastos médicos incurridos en el Hospital Punta Pacífica

2

2

,

92

en la Sala de Cuidados Semi-intensivo, como consecuencia del COVID19, por un monto de DIECINUEVE MIL CIENTO NOVENTA Y OCHO BALBOAS CON 38/100 (B/.19,198.38), en base a que la Institución cuenta con el servicio para brindar.”

Asimismo, la activadora jurisdiccional solicita la declaratoria de nulidad de la Resolución No.108-2022-D.G. de 17 de marzo de 2022, igualmente expedida por el Director General Caja de Seguro Social y la Resolución No.56,104-2023-J.D. de 25 de enero de 2023, proferida por la Junta Directiva de la precitada Entidad, que confirman el acto administrativo originario. De igual manera, la demandante pretende que la Sala ordene el reembolso de los gastos médicos incurridos por la asegurada **LASTENIA MARÍA NAVARRO**.

Entre los hechos que fundamentan la Demanda Corregida, la apoderada judicial de la accionante manifiesta que **LASTENIA MARÍA NAVARRO**, a través de la nota de 21 de mayo de 2021, presentó a la Caja de Seguro Social solicitud de reembolso de gastos médicos incurridos en el Hospital Punta Pacífica, en la Sala de Cuidados Semi Intensivos, por la suma de diecinueve mil ciento noventa y ocho balboas con 38/100 (B.19,198.38), como consecuencia de la enfermedad SARS-2-COVID-19.

Indica que, mediante la Resolución No.639-2021-D.G. de 6 de diciembre de 2021, dictada por la Caja de Seguro Social, resolvió no acceder a su solicitud, debido a que los gastos efectuados fueron producto de la decisión unilateral y personal de la asegurada **LASTENIA MARÍA NAVARRO**, con sustento en el artículo 70 de la Ley 51 de 27 de diciembre de 2005. Agregando que, el servicio médico lo podía brindar en sus instalaciones como entidad hospitalaria estatal.

Afirma que, la Comisión Técnica de Médicos reconoció en su informe plasmado en la Nota de 22 de julio de 2021, que **LASTENIA MARÍA NAVARRO** tenía una condición de urgencia identificada como neumonía viral, motivo por el cual fue ingresada el 15 de enero de 2021, por “urgencia vital”, dado que, su vida estaba en peligro, y el estado crítico de la misma requería de una serie de cuidados, equipo y personal médico, en particular, de una cama UCRE, que solo

estaba disponible en el Hospital Punta Pacífica el día que la paciente requirió ser intervenida.

Señala que, la accionante interpuso Recurso de Reconsideración contra el acto objeto de reparo, siendo confirmado en todas sus partes por la Resolución No. 108-2022-D.G. de 17 de marzo de 2022. Posteriormente, presenta Recurso de Apelación, el cual fue resuelto a través de la Resolución No. 56,104-2023-J.D. de 25 de enero de 2023, expedida por la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social, confirmando de igual manera el Acto administrativo demandado.

## II. NORMAS QUE SE ESTIMAN VIOLADAS POR LA PARTE ACTORA.

En lo que respecta a las normas que aduce vulneradas, la apodera judicial de **LASTENIA MARÍA NAVARRO** advierte la infracción de:

- Los artículos 41 (numeral 25) y 70 de la Ley No. 51 de 27 de diciembre de 2005, “que reforma la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social y dicta otras disposiciones”, que se refieren, respectivamente a las facultades y deberes del Director General, entre estos, de establecer y mantener un sistema de control interno efectivo, que tenga como propósito la obtención de una seguridad razonable de que la Institución alcance sus objetivos y logre efectividad y eficiencia en sus operaciones; y a la prohibición de externalizar 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.

- Los artículos 4 y 6 de la Ley No. 68 de 20 de noviembre de 2003, “que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada”, que en su orden, disponen que los usuarios de los centros y servicios de salud públicos y privados tienen derecho a recibir información sobre los servicios a los que pueden tener acceso y la prestación de estos sin discriminación alguna y respeto a su personalidad; y, que la información será parte de las actuaciones asistenciales, lo que incluye el

diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas, y se dará de manera comprensible y adecuada a las necesidades y requerimientos del paciente para ayudarle a tomar decisiones autónomas, teniendo en cuenta el nivel intelectual, emocional y cultural del paciente.

• El artículo 1 de la Ley 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", el cual establece que los hospitales, clínicas, 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.

**III. INFORME DE CONDUCTA DE LA ENTIDAD DEMANDADA.**

De fojas 50 a 55 del Expediente Judicial, consta Informe Explicativo de Conducta, rendido por la Caja de Seguro Social, mediante la Nota No. DENL-N-103-2023 de 26 de abril de 2023, en el cual se expone lo siguiente:

"Por medio de nota recibida en la Caja de Seguro Social el 21 de mayo de 2021, la señora **LASTENIA MARÍA NAVARRO SOTO** ..., solicitó que se le aprobara reembolso por los gastos médicos incurridos en el Hospital Punta Pacífica en la Sala de Cuidados Semi-intensivo, como consecuencia del COVID 19, por un monto de DIECINUEVE MIL CIENTO NOVENTA Y OCHO BALBOAS CON 38/100 (B/.19,198.38).

Conforme al trámite pertinente, el Departamento de Trámite, Control y Seguimiento de los Servicios Médicos Externos, mediante nota DENSYPS-DTCYSSME-641-2021 de 7 de julio de 2021, dirigida al Director Médico del Hospital Clínico del Complejo Hospitalario '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 de la asegurada, fundamentado en un cuestionario que debían responder en forma precisa y que a continuación se detalla:

1. ¿Diagnóstico y fecha de inicio de la patología?
2. ¿Estaban indicados los procedimientos realizados en la patología del paciente? Sí o No. Explique.
3. ¿La Institución en el mes de enero del presente año, podía brindar los procedimientos en sus instalaciones?
4. ¿Se trataba de una urgencia vital? (foja 71)

... consta el Acta de Reunión de la Comisión Médica Evaluadora de fecha de 22 de julio de 2022, donde consta las respuestas al cuestionario antes mencionado, en el cual se deja plasmado lo siguiente:

1. ... **Respuesta:** Ingresó a Hospital particular el 15 de enero de 2021 con diagnóstico de Neumonía Viral por sars-2-covid-19.
2. ... **Respuesta:** Si estaban indicados. Los exámenes diagnósticos y los tratamientos establecidos corresponden a los protocolos de intervención para la enfermedad en un nivel hospitalario.
3. ... **Respuesta:** Si.
4. ... **Respuesta:** Si (Sic) (foja 72)

Previo análisis de las constancias documentales que reposan en el expediente, el Director General de la Caja de Seguro Social, ..., a través de la **Resolución No.639-2021-D.G. de 6 de diciembre de 2021**, resolvió: '**NO ACCEDER** a la solicitud de reembolso por gastos médicos, presentada el día 21 de mayo de 2021, por la asegurada **LASTENIA MARÍA NAVARRO SOTO ...**'

A través de escrito recibido el **16 de diciembre de 2021**, la señora **LASTENIA MARÍA NAVARRO SOTO**, mediante Apoderada Legal, sustentó Recurso de Reconsideración ...

... mediante Acta de Reunión de la Comisión Médica Evaluadora Interdisciplinaria del Complejo Hospitalario 'Dr. A.A.M.', ... señalaron lo siguiente:

'La Comisión revisa nuevamente el expediente y se mantiene en sus respuestas brindadas inicialmente en el acta de 22 de julio de 2021, **toda vez que para la fecha de atención de la paciente había camas disponibles en el Complejo Hospitalario Metropolitano**'

Previo análisis del Recurso de Reconsideración, el Director General de la Caja de Seguro Social, en uso de sus facultades legales y reglamentarias, a través de la **Resolución No.108-2022-D.G. de 17 de marzo de 2022**, resolvió: '**MANTENER** en todas sus partes la **Resolución No. 639-2021-D.G. de 6 de diciembre de 2021...**'

... la señora **LASTENIA MARÍA NAVARRO SOTO** disconforme con su contenido, sustentó Recurso de Apelación...

En atención al Recurso de Apelación interpuesto y a solicitud de la Comisión de Prestaciones Médicas de la Junta Directiva (Apelaciones), mediante Nota OdeAL-J-D.-Nota No.783-2022 de 25 de agosto de 2022, el Secretario de la Junta Directiva remite expediente al Presidente de la Comisión Médica Calificadora de Segunda Instancia, para que se pronuncie sobre lo siguiente:

'La recurrente, por medio de su apoderada legal, señala que su cliente requería una cama "UCRE", no cualquier tipo de cama ...'

En respuesta a la solicitud de evaluación, la Comisión Médica Calificadora de Segunda Instancia, a través de la Nota CMCSI-108-09-22 de 22 de septiembre de 2022, señaló lo siguiente:

El día de hoy 22 de septiembre de 2022 entrevistamos de manera presencial a la señora Lastenia María Navarro ... y a su apoderada legal...

A la paciente se le diagnosticó SARS-2-COVID 19 de 05 de enero de 2021 y se complicó con neumonía viral el día 07 de enero sin mejoría, por lo que se recomendó tratamiento intra-hospitalario el día 15 de enero de 2021 y por indicación de médico particular se le trasladó a centro hospitalario privado.

Después de una acuciosa revisión del expediente y escuchar el relato de las entrevistadas, esta Comisión concuerda con la declaración de la Comisión Médica Evaluadora contenida en foja 72 y 98 del expediente'.

... la Junta Directiva de la Institución, mediante Resolución No.56,104-2023-J.D. de 25 de enero de 2023, resolvió **CONFIRMAR** en todas sus partes la **Resolución No. 639-2021-D.G., del 6 de diciembre de 2021...**"

En este contexto, arguyen que conforme los artículos 46, 47 y 48 del Reglamento de Prestaciones y Servicios de Salud, aprobado mediante la Resolución No. 52,872-2018-JD de 10 de octubre de 2018, se prohíbe adquirir los servicios de salud que la Caja de Seguro Social ofrece a los asegurados y sus dependientes en su red de instalaciones de salud, exceptuando los casos en que la Institución se encuentre temporalmente imposibilitada para prestarlos. Además, que las prestaciones dispensadas dentro del país por instituciones ajenas a la Entidad, sólo serán brindadas por ausencia temporal o absoluta del servicio, cuando la demanda supere la capacidad instalada y estos sean estrictamente necesarios para la atención; y que, la Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones de Salud autorizará la adquisición de prestaciones de salud externas, previa evaluación del Departamento de Trámite, Control y Seguimiento de Servicios Médicos Externos.

En torno al caso que ocupa nuestra atención, señalan que la Comisión Médica Evaluadora, manifestó que los servicios de salud recibidos por la accionante, en la Institución de salud privada, se ofrecen, en las instalaciones de la Caja de Seguro Social.

Finalmente, exponen que, el procedimiento que requería la asegurada, independientemente de una urgencia, se podía haber brindado en las instalaciones de la Caja de Seguro Social; y que, la decisión asumida por ésta en someterse a tratamiento médico en clínica privada, fue una medida unilateral y personal, sin que mediara autorización previa, por lo que, contraviene lo dispuesto en el Reglamento de Prestaciones y Servicios de Salud.

De este modo, son del criterio que la Acción interpuesta por la activadora jurisdiccional debe ser declarada como no probada, por carecer de fundamento legal.

#### IV. OPINIÓN DE LA PROCURADURÍA DE LA ADMINISTRACIÓN.

Por su parte, el Procurador de la Administración, emitió concepto de conformidad con lo dispuesto en el numeral 2 del artículo 5 de la Ley 38 de 2000, mediante la Vista Fiscal No.849 de 14 de junio de 2023, visible de fojas 57 a 65 del Expediente Judicial, en el cual solicitó a los Magistrados que integran la Sala Tercera de la Corte Suprema de Justicia, que declaren que no es ilegal, la Resolución No. 639-2021-D.G. de 6 de diciembre de 2021, emitida por la Caja de Seguro Social, ni sus actos confirmatorios y, en consecuencia, se desestimen las demás pretensiones.

En este sentido, el Representante del Ministerio Público sostiene que no le asiste la razón a **LASTENIA MARÍA NAVARRO**, al indicar que el artículo 70 y el artículo 141 de la Ley 51 de 2005, se establece la prohibición a la Entidad adquirir externamente aquellos servicios que ella provee a los asegurados, lo que, para el caso bajo estudio, la parte actora no utilizó y de manera unilateral, decidió ser atendida en un Centro Médico Privado.

Igualmente, resalta lo dispuesto en los artículos 46, 47 y 48 del Reglamento de Prestaciones y Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social, en los cuales se establece la prohibición de adquirir servicios, cuando los mismos son ofrecidos a los asegurados por la Entidad; que sólo serán brindados por otras instituciones ajenas al organismo de seguridad social de forma temporal o absoluta, cuando la demanda supere la capacidad; y que se establecerá una lista de prestaciones que se encuentren temporalmente imposibilitadas, en atención a los procedimientos establecidos. Asimismo, advirtió lo preceptuado 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, que dispone: "la Institución no admitirá solicitudes de reembolso por Servicios Médicos Externos que no estén previamente autorizados ..."

Adicionalmente, estima que la decisión asumida por **LASTENIA MARÍA NAVARRO**, de someterse a la atención médica fuera de las instalaciones de la Caja de Seguro Social, fue una medida unilateral y personal, adoptada sin que mediara una autorización previa de la Institución, lo que contraviene lo dispuesto en las disposiciones legales y reglamentarias que rigen en materia de seguridad social, sobre todo, cuando el organismo de salud podía brindarle el servicio requerido dentro de sus instalaciones.

#### V. ANÁLISIS DE LA SALA.

Luego de surtidas las etapas procesales, esta superioridad procede a resolver la causa, previa a las siguientes consideraciones.

La competencia de la Jurisdicción Contencioso Administrativa de la Corte Suprema de Justicia para ejercer el control de la legalidad de los Actos Administrativos que expidan los funcionarios públicos y autoridades nacionales, provinciales, municipales y de las entidades públicas autónomas o semiautónomas está definida tanto en el artículo 206, numeral 2, de la Constitución Política de la República, como en el artículo 97 del Código Judicial.

Con la Demanda promovida se pretende lograr la declaratoria de nulidad, por ilegal, del Acto Administrativo plasmado en la Resolución No. 639-2021-D.G. de 6 de diciembre de 2021, dictada por la Caja de Seguro Social, así como sus actos confirmatorios, contenidos en la Resolución No.108-2022-D.G. de 17 de marzo de 2022 y la Resolución No.56,104-2023-J.D. de 25 de enero de 2023, proferidas del mismo modo por la citada entidad y por la Junta Directiva de ésta, respectivamente, y para que se hagan otras declaraciones.

En el negocio jurídico bajo estudio, el sujeto procesal activo lo constituye la Licenciada Karla María León Navarro, apoderada judicial, quien comparece al Tribunal actuando en nombre y representación de **LASTENIA MARÍA NAVARRO**, cuyas generales se encuentran descritas en el poder conferido. Por otra parte, el sujeto procesal pasivo, lo es el Director General de la Caja de

Seguro Social, representado por el Procurador de la Administración, en virtud del numeral 2 del artículo 5 de la Ley 38 de 31 de julio de 2000, quien actúa en defensa de la legalidad del acto acusado de ilegalidad.

Por medio del Acto acusado de ilegal, no se accedió a la solicitud de reembolso por gastos médicos incurridos en el Hospital Punta Pacífica, como consecuencia del Covid-19, por un monto de diecinueve mil ciento noventa y ocho balboas con 38/100 (B/.19,198.38), presentada el 21 de mayo de 2021, por la asegurada **LASTENIA MARÍA NAVARRO**.

Ahora bien, observa la Sala que la activadora de esta Jurisdicción argumenta que el Acto Administrativo impugnado quebranta los artículos 41 y 70 de la Ley 51 de 27 de diciembre de 2005 “Que reforma la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social y dicta otras disposiciones”; los artículos 4 y 6 de la Ley No.68 de 20 de noviembre de 2003, “Que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada”, y el artículo 1 de la Ley No.6 de 1986, “Por la cual se dictan normas para garantizar la Asistencia Médica de Urgencia a las personas que encuentren en grave peligro de muerte”, basando su posición en los siguientes criterios:

Inicialmente, que el Acto administrativo acusado de ilegal, infringe el numeral 25 del artículo 41 de la Ley 51 de 27 de diciembre de 2005, al considerar que la Caja de Seguro Social al declinar el reclamo solicitado por **LASTENIA MARÍA NAVARRO**, viola de forma directa por omisión su obligación de actuar con la diligencia de un buen padre de familia en la prestación del servicio de seguridad social, destinado a salvaguardar los derechos de los asegurados, como es el caso de la accionante, cuya intervención médica requería de una respuesta expedita por razón de su condición de urgencia que presentaba.

Continúa argumentando la apoderada judicial de **LASTENIA MARÍA NAVARRO**, que el Acto objeto de reparo transgrede el artículo 70 de la Ley 51

100  
→

de 27 de diciembre de 2005, de manera directa por omisión, pues, la Entidad solo tomó en cuenta como elemento para no acceder a lo solicitado que el “servicio se podía brindar en sus instalaciones”, utilizando el mismo cuestionario de la Comisión Médica de fecha de 22 de julio de 2021, como respaldo para acreditar dos (2) hechos que desconoce en su decisión: la patología de Neumonía viral por Sars-2-Covid-19 y su condición de “urgencia vital” que ameritaba su ingreso a la Sala de Cuidados Semi-intensivos del Hospital Punta Pacífica.

Por ende, estima que, la decisión de ingresar a la accionante que adolecía de neumonía viral, el día 15 de enero de 2021, a un centro de atención privada, se dio precisamente por la urgencia vital, por cuanto su vida estaba en peligro, y su estado crítico requería de una serie de cuidados, equipo y personal médico como lo es una cama UCRE, que solamente estaba disponible en el Hospital Punta Pacífica, aquel día. Por todo ello, a su juicio, se desconoció la excepción de la norma invocada, puesto que, la Institución se encontraba imposibilitada temporalmente para proveer con prontitud, efectividad y eficiencia la asistencia y que la paciente se encontraba en una condición de urgencia vital.

Sostiene la activadora jurisdiccional que, los artículos 4 y 6 de la Ley 68 de 20 de noviembre de 2003, han sido vulnerados en concepto de violación directa por omisión, al pasar por alto indicar los procedimientos y servicios que la Caja de Seguro Social contaba para fundamentar su decisión de declinar el reclamo solicitado, desconociendo el derecho que el asiste como usuaria del sistema de salud de conocer cuáles eran esos servicios o procedimientos que manifiestan que podían ser brindados por la Entidad demandada para enero de 2021.

Añade que, la situación vivida por la señora **LASTENIA MARÍA NAVARRO**, de tener que ser trasladada inmediatamente para un Centro de Salud Privado, era porque contaba con la cama y el equipo necesario, y no era posible que requiriese de una autorización por parte de la Caja de Seguro

Social, para acoger el reembolso de gastos médicos, negando el mismo, sin informar a la paciente de los procedimientos que contaba, según consta en el informe de la Comisión Técnica de Médicos, estando en conocimiento de su patología y condición de urgencia vital.

En último lugar, expresa que el artículo 1 de la Ley No. 16 de 31 de julio de 1986, que adoptó normas para garantizar la Asistencia Médica de Urgencia a las personas que se encuentren en grave peligro de muerte, ha sido violado de manera directa por omisión, debido a que, el cuadro viral de la parte actora era de urgencia vital, que de no haber sido atendida con prontitud en el Centro de Salud Privado hubiera conllevado su desmejoramiento o su fallecimiento, su vida no pudo ser expuesta so pretexto que ésta gestionara una autorización el día 15 de enero de 2021, fecha en que fue atendida en dicho Centro.

A lo anteriormente expuesto, a esta Sala le corresponde determinar la legalidad del Acto acusado, en las siguientes consideraciones:

De la revisión de la causa sometida a estudio, se desprende que la demandante, esta siendo afectada en su derecho subjetivo con la emisión de la Resolución No.639-2021-D.G. de 6 de diciembre de 2021, proferida la Caja de Seguro Social, mediante la cual no accedió a la solicitud de reembolso de gastos médicos incurridos en el Hospital Punta Pacífica.

Al respecto, dicha decisión se basó en que la Comisión Médica Evaluadora determinó que los servicios de salud recibidos por **LASTENIA MARÍA NAVARRO** en un centro de salud privado pudieron ser ofrecidos en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, sin que mediara autorización previa, siendo una medida unilateral por parte de la accionante, contraviniendo la Ley Orgánica de la Entidad, y el Reglamento de Prestaciones y Servicios de Salud.

Por otra parte, la apoderada judicial de **LASTENIA MARÍA NAVARRO**, difiere de la referida motivación, dado que, tenía una condición de urgencia identificada como neumonía viral, razón por la cual fue ingresada el día 15 de

enero de 2021, por la urgencia vital que representaba para su vida, y que su estado crítico requería de una serie de cuidados, equipo y personal médico, entre estos, una cama UCRE, la cual solamente estaba disponible en el hospital de atención privada, el día que ésta fue intervenida médicamente.

En base a las pretensiones y las normas consideradas vulneradas por la parte actora, al igual que, la posición expuesta por la Caja de Seguro Social y por la Procuraduría de la Administración, se deduce que el problema jurídico, en el caso bajo análisis se dirige en definir si la solicitud de reembolso por gastos médicos efectuada se ajusta a las exigencias y normas legales que posibiliten obtener el misma.

Visto lo anterior, este Tribunal procede a examinar los antecedentes del caso que ocupa nuestro análisis. Para ello, del expediente administrativo remitido por la Entidad que regenta la Seguridad Social, se aprecia que, mediante Nota fechada el 21 de mayo de 2021, la señora **LASTENIA MARÍA NAVARRO SOTO**, solicitó el reembolso por los gastos médicos incurridos en el Hospital Punta Pacífica, como consecuencia del Covid-19, por la suma de diecinueve mil ciento noventa y ocho balboas con 38/100 (B/.19,198.38). (Cfr. fojas 1 a 37 del Expediente Administrativo).

Seguidamente, con el fin de evaluar la solicitud de reembolso solicitado por la actora, la Jefa del Departamento de Trámite, Control y Seguimiento de los Servicios Médicos Externos de la Entidad, mediante Nota DENSYPS-DTCYSSME-641-2021 de 7 de julio de 2021, le requirió al Director Médico del Hospital Clínico Complejo Hospitalario A.A.M., conformar una Comisión Médica Interdisciplinaria, integrada por al menos tres (3) especialistas, para evaluar y de ser necesario citar a la paciente para responder un cuestionario.

Dicho cuestionario, fue resuelto mediante Acta de Reunión de Comisión Médica Evaluadora de la Dirección Médica Hospital Clínico del Complejo

Hospitalario Arnulfo Arias Madrid, de fecha de 22 de julio de 2021, en la cual ofrecieron los siguientes señalamientos:

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

**Respuesta:** Ingresa a Hospital particular el 15 de enero de 2021 con diagnóstico de Neumonía Viral por SARS-2-COVID-19.

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

**Respuesta:** Si estaban indicados. Los exámenes diagnósticos y los tratamientos establecidos corresponden a los protocolos de intervención para la enfermedad en un nivel hospitalario.

3. ¿La institución en el mes de enero del presente año, podía brindar los procedimientos en sus instalaciones?

**Respuesta:** Si.

4. ¿Se trataba de una urgencia vital?

**Respuesta:** Si”

(Cfr. foja 72 del Expediente Administrativo)

Más adelante, consta a fojas 76 y 77 del Expediente Administrativo, la Nota DENSYPS/DTCYSSME-919-2021 de 28 de septiembre de 2021, a través de la cual el Director Ejecutivo Nacional de Servicios y Prestaciones de Salud remitió la opinión de la Comisión Médica Evaluadora Interdisciplinaria del Complejo Hospitalario Dr. A.A.M., antes descrita, y se indica que “la Institución podía ofrecer los Servicios en sus instalaciones”, con sustento en el artículo 70 de la Ley 51 de 2005. De ahí pues, deviene la decisión de la Entidad de no acceder al reembolso por gastos médicos por medio de la Resolución No. 639-2021-D.G. de 6 de diciembre de 2021.

Posteriormente, ante la presentación del Recurso de Reconsideración de la señora **LASTENIA MARÍA NAVARRO**, contra el Acto administrativo impugnado, se observa a foja 91 del Expediente administrativo Memorando No.DENL-M-2,561-2021 de 27 de diciembre de 2021, por medio del cual la Dirección Ejecutiva Nacional Legal de la Institución, solicitó la colaboración al Director Ejecutivo Nacional de Servicios y Prestaciones de Salud, para que la Comisión Médica Evaluadora Interdisciplinaria evalué desde la perspectiva médica dicho medio de impugnación, pronunciándose en razón de lo sustentado en el mismo, y certificando si “el cuadro viral de la señora LASTENIA NAVARRO era urgente y comprometido y de no haber sido atendida con prontitud en el centro de salud

privado hubiera conllevado su fallecimiento...” Además, de indicar si el procedimiento aplicado en dicho centro en el mes de enero de 2021, es el mismo procedimiento que se podía realizar en la Caja de Seguro Social para esa misma fecha.

Al respecto, se distingue Acta de Reunión de la Comisión Médica Evaluadora, de fecha 10 de febrero de 2022, a foja 94 del Expediente Administrativo, en el cual se señala que *“la comisión revisa nuevamente el expediente y se mantiene en sus respuestas brindadas inicialmente en el acta del 22 de julio de 2021, toda vez que para la fecha de atención de la paciente había camas disponibles en el Complejo Hospitalario Metropolitano”*.

De ahí, la Entidad de Seguridad Social emitió la Resolución No.108-2022-D-G. de 17 de marzo de 2022, mediante la cual resolvió mantener en todas sus partes la Resolución No.639-2021-D.G. de 6 de diciembre de 2021. A este respecto, la accionante disconforme con la decisión, sustentó Recurso de Apelación.

En ese sentido, el Secretario General de la Entidad solicitó al Presidente de la Comisión Médica Calificadora de Segunda Instancia que la Comisión de Prestaciones Económicas de la Junta Directiva (apelaciones) evaluara el expediente de la asegurada **LASTENIA MARÍA NAVARRO**, toda vez que, su apoderada judicial señala que ésta requería una cama “UCRE”, y que debía ser hospitalizada en una sala de cuidados semi intensivos, no en una sala de espera o recobro. Esta evaluación con el fin de determinar si los requerimientos que se exponen son cónsonos con la patología que padecía. (Cfr. foja 119 del Expediente Administrativo).

A este respecto, la Comisión Médico Calificadora de Segunda Instancia, mediante Nota CMCSI-108-09-22 de 22 de septiembre de 2022, dio respuesta al Secretario General de la Caja de Seguro Social, expresando que entrevistaron de manera presencial a **LASTENIA MARÍA NAVARRO**, a quien se le

diagnosticó Sars-2-Covid19 el 5 de enero de 2021, complicándose con neumonía viral el día 7 de enero de 2021, por lo que se le recomendó tratamiento intra hospitalario el día 15 de enero de 2021 y por indicación de médico particular se le trasladó a un centro hospitalario privado. Agregan que, de una revisión del expediente y escuchar el relato de las entrevistadas, la Comisión concuerda con la declaración médica de la Comisión Médica Evaluadora contenida en fojas 22 y 98 del expediente. (Cfr. foja 120 del Expediente administrativo).

Después, la Junta Directiva de la Caja de Seguros Social, por medio de la Resolución No.56,104,2023-J.D. de 25 de enero de 2023, confirma ambas instancias, decidiendo no acceder a la solicitud de reembolso de gastos médicos, agotándose así la vía gubernativa.

Luego del recuento formulado, se procede al examen de las disposiciones legales que rigen el asunto bajo estudio, entre estas, el artículo 70 de la Ley 51 de 27 de diciembre de 2005, Orgánica de la Entidad, y los artículos 46, 47, 48, y 76 del Reglamento de Prestaciones y Servicios de Salud, aprobado mediante la Resolución No. 52,872-2018-JD de 10 de octubre de 2018, veamos:

**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 48.** La Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud a través de la Dirección Nacional de los Servicios de Salud, establecerá una lista de prestaciones que se encuentren temporalmente imposibilitadas, en atención a los procedimientos establecidos".

**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.”

(Lo resaltado es nuestro).

De las normas antes descritas, se desprende principalmente en el artículo 70 de la Ley No.51 de 2005, la prohibición expresa de externalizar servicios, que la Caja de Seguro Social se provee a sí misma, igualmente, no asume los gastos causados por la obtención de servicios de salud ofrecidos en otros establecimientos fuera de los ya instaurados, a excepción de aquellos que la entidad se encuentre temporalmente imposibilitada para brindarlos; cuando la demanda supere la capacidad; y dichas atenciones sean estrictamente necesarios para su atención; en esos casos, procederá el reembolso de gastos médicos, como lo preceptúa los artículo 46, 47, 48 y 76 del Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud, sin perjuicio de lo contenido en la Ley 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.

En atención a las prestaciones de salud para el Riesgo de Enfermedad y Maternidad, la Entidad que regenta la Seguridad Social concederá a sus asegurados y dependientes Prestaciones de Salud, tal como lo dispone el artículo 136 de la Ley 51 de 2005, que señala que éstas consisten en la atención integral, que incluyen la atención ambulatoria, hospitalaria, quirúrgica, odontológica, farmacéutica y otros de servicios de diagnóstico y tratamiento que serán brindados por equipos multidisciplinarios, con arreglo a lo señalado en el artículo 141 del mismo cuerpo legal, cuyo texto es el siguiente:

“**Artículo 141.** Amplitud de prestaciones en salud. Reglamento de Prestaciones en Salud fijará la amplitud de los servicios asistenciales, las normas a que se sujetarán y las limitaciones en su otorgamiento.

...”

De igual manera, se observa en el Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud, que versa sobre la atención de salud integral, los niveles de atención y grados de complejidad de los servicios de salud, las prestaciones en salud a enfermedades profesionales o no, la cartera de servicios, las prestaciones que se dispensen dentro del país pero fuera de la red de servicios que brinda la Institución, las prestaciones que se dispensan fuera del país, las certificaciones de salud y el reembolso de gastos médicos del Riesgo de Enfermedad y Maternidad.

En torno al reembolso de gastos médicos, el citado Reglamento, lo define en el numeral 40 del artículo 2, como “el reconocimiento monetario que se genera de una prestación de salud, que forma parte de la cartera de servicios institucionales y que fue recibida por un beneficiario fuera de las instalaciones de la Caja de Seguro Social”. En ese sentido, el mismo se hará efectivo cuando el beneficiario en casos de urgencia o emergencia, compruebe que no pudo obtener previamente la autorización de la Entidad.

Esta autorización por parte de la Institución de Salud, dependerá de la evaluación que, en cuanto al diagnóstico, urgencia y existencia del tratamiento en dicha Entidad, establezca la Comisión Médica Evaluadora conformada por tres (3) médicos que valorarán la condición clínica del beneficiario.

Dentro de los elementos a ser evaluados, nos encontramos con la urgencia, la cual alega la apoderada judicial de **LASTENIA MARÍA NAVARRO**, quien presentaba dentro de su condición de neumonía viral, una “urgencia vital” que conllevó a ser intervenida en un Hospital Privado.

En ese sentido, el numeral 47 del artículo 2 del Reglamento de Prestaciones y Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social, aprobado mediante Resolución 52,872-2018-J.D. de 10 de octubre de 2018, define urgencia como “patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en seis horas como máximo para evitar

complicaciones". Por otro lado, la Real Academia Española, define vital como "perteneiente o relativo a la vida", también como "de suma importancia o trascendencia".

De los términos antes descritos se infiere que una urgencia vital es toda condición clínica que implique riesgo de muerte o un daño irreparable para la integridad física de la persona al no ser atendida, cuya atención debe ser inmediata para preservar su vida.

Esta Corporación de Justicia, luego de analizadas las anteriores explicaciones entorno a la controversia planteada por las partes en el Proceso; precisa lo siguiente:

La Caja de Seguro Social basó su decisión en la evaluación de la condición médica de la parte actora, en su patología; en la determinación de la urgencia; en la disponibilidad de la Institución para brindar el servicio; y de los exámenes de diagnósticos y tratamientos indicados por la Comisión Médica Especializada integrada por tres (3) médicos especialistas, en su Acta de Reunión de 22 de julio de 2021, conforme lo dispone el Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud. (Cfr. foja 72 del Expediente Administrativo).

Al respecto, esta Superioridad advierte, que la referida Acta de Reunión de la Comisión Médica Evaluadora de la Caja de Seguro Social determinó que se trataba de una "urgencia vital", la cual se estima no implica una excepción para recibir los servicios de atención médica fuera de las instalaciones de la misma, ni para requerirle la autorización para ello, salvo los casos expuestos en la Ley 16 de 1986; y que por razón de su gravedad no puedan acudir a los centros de Salud del Estado; situación que no se ajusta al caso que ocupa nuestra atención.

Cabe destacar, que a la asegurada se le podía brindar el servicio médico en las instalaciones de la Entidad demandada, es decir, no hubo falta de atención o servicio oportuno por parte de la Institución, toda vez que, se observa

que se indicó que la entidad también contaba con los procedimientos o tratamientos para la patología que presentaba la señora **LASTENIA MARÍA NAVARRO**, y que para la fecha de la atención urgente de la paciente se contaba con camas disponibles en el Complejo Hospitalario Metropolitano, tal como lo expresa dicha Comisión en su Acta de 10 de febrero de 2022, al reunirse nuevamente en atención al Recurso de Reconsideración interpuesto por la accionante, visible a foja 94 del Expediente Administrativo. Por lo tanto, la falta de cama en las instalaciones de la Caja de Seguro Social alegada por la parte accionante no ha sido probado este hecho, de conformidad a establecido en el artículo 784 del Código Judicial.

Así pues, no se puede acreditar que la solicitud de reembolso por gastos médicos efectuada por la apoderada judicial de **LASTENIA MARÍA NAVARRO**, prospere, puesto que, la Caja de Seguro Social actuó apegada al ordenamiento jurídico aplicable para esos casos, al señalar que su condición médica se trataba de una urgencia vital, que requería preservar su vida; y que como tal la Institución se encontraba para la fecha en que dieron los hechos en la posibilidad de brindar el tratamiento y los procedimientos propios para la patología que presentaba la paciente.

Por consiguiente, la actuaciones por parte de la Caja de Seguro Social, se ajustaron a lo requerido en el artículo 70 de la Ley 51 de 27 de diciembre de 2005 ,y a los artículos 46, 47, 48 del Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud, toda vez que, no se aprecia que, el servicio requerido por la accionante haya sido suspendido temporal o absolutamente en las instalaciones de la Entidad, ni se estableció alguna lista de prestaciones que se encontraban temporalmente imposibilitadas de brindar por parte de la Institución, para la fecha en que ocurrieron los hechos.

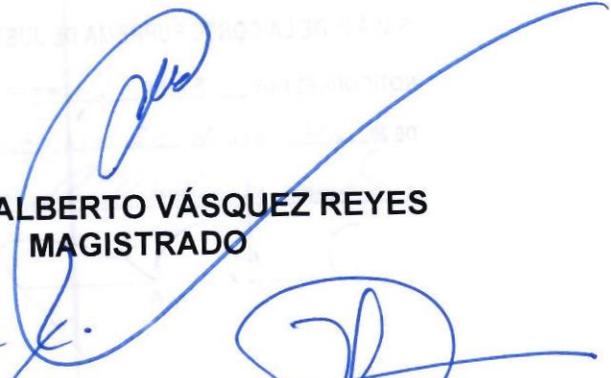
Es humanamente comprensible ante la urgencia que presentaba la señora **LASTENIA MARÍA NAVARRO**, buscar atención médica en un Centro

Hospitalario Privado, sin embargo, la Caja de Seguro Social esta en la obligación de responder a las disposiciones legales establecidas entorno al tema, y en razón a su acción protectora de salvaguardar la vida de sus asegurados, con la finalidad de garantizar la eficacia de los servicios médicos que presta, como el de procurar su estabilidad y sostenibilidad financiera, según se dispone en el artículo 2 de la Ley 51 de 2005.

En atención a las consideraciones expuestas, esta Sala desestima los cargos de violación endilgados, considerando que lo actuado por la Caja de Seguro Social, se ajustó a lo dispuesto a la Ley 51 de 2005 y al Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud.

En virtud de las consideraciones previas, la Sala Tercera de la Corte Suprema, administrando Justicia en nombre de la República y por Autoridad de la Ley, **DECLARA QUE NO ES ILEGAL** la Resolución No.639-2021-D.G. de 6 de noviembre de 2021, dictada por la Caja de Seguro Social, sus actos confirmatorios, y, en consecuencia, se niegan las demás pretensiones invocadas por los demandantes. X

**NOTIFÍQUESE,**

  
**CARLOS ALBERTO VÁSQUEZ REYES**  
**MAGISTRADO**

  
**CECILIO CEDALISE RIQUELME**  
**MAGISTRADO**

  
**MARÍA CRISTINA CHEN STANZIOLA**  
**MAGISTRADA**

  
**KATIA ROSAS**  
**SECRETARIA**

SALA III DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

NOTIFIQUESE HOY 26 DE Febrero

DE 20 24 A LAS 8:30 DE LA mañana

A Procurador de la Administración



FIRMA

Para notificar a los interesados de la resolución que antecede,

se ha fijado el Edicto No. 397 en lugar visible de la

Secretaría a las 4:00 de la tarde

de hoy 1 de febrero de 20 24



SECRETARIA