



# **REGLAMENTO DE PRESTACIONES Y SERVICIOS EN SALUD DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL**

**Publicada en la Gaceta Oficial 28634-A  
Edición actualizada a diciembre de 2020  
Proyecto de Actualización de las Normas Legales y Reglamentarias  
de la Dirección Ejecutiva Nacional Legal de la Caja de Seguro  
Social**

## **PRESENTACIÓN**

Considerando la labor que consuetudinariamente realiza la Dirección Ejecutiva Nacional Legal, en su calidad de ente asesor/consultor de la Caja de Seguro Social, principalmente de los trámites administrativos, ha promovido el Proyecto de Actualización de las Normas Legales y Reglamentarias, toda vez que son las que desarrollan el alcance de las atribuciones de la Institución, los derechos otorgados a los asegurados y dependientes, las obligaciones de los empleadores, la recaudación de los ingresos y su inversión, la administración del recurso humano, las prestaciones económicas y en salud, entre otros.

El alcance del proyecto es la revisión de las modificaciones que se han promovido mediante ley, fallos emitidos por la Corte Suprema de Justicia y resoluciones de la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social, en su rol reglamentario, para dotar a los funcionarios operativos, especialmente a los Abogados y Abogadas, de los instrumentos legales actualizados y con pertinencia para el ejercicio de sus cargos.

Por otro lado, esta exhaustiva revisión de las modificaciones, adiciones y derogatorias de que ha sido objeto el contenido de las normas legales y reglamentarias luego de su promulgación, fue posible ejecutarlo con el auxilio del recurso humano asignado y de las herramientas tecnológicas y digitales como Infojurídica, Ejuridica, Legispan, Gaceta Oficial, Word y Excel.

**Rosilda M. Robinson Vega**  
Supervisora del Proyecto  
Dirección Ejecutiva Nacional Legal

**Eyda Moreno**  
Abogada

**Yadira Moreno**  
Asistente Legal

Proyecto de Actualización de las Normas Legales y Reglamentarias de la Dirección Ejecutiva Nacional Legal de la Caja de Seguro Social

Edición diciembre de 2020

**Nota:** Los cuatro primeros pies de página, tal y como fueron transcritos, corresponden a la Resolución No.52,872-2018-J.D. de 10 de octubre de 2018, según fue aprobada por el Pleno de la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social, los subsiguientes pies de páginas incluyen adiciones parte del presente Proyecto de Actualización.

## ÍNDICE

<b>CAPITULO I</b> .....	1
<b>Generalidades</b> .....	1
Artículo 1 .....	1
Artículo 2 .....	1
Artículo 3 .....	5
Artículo 4 .....	5
Artículo 5 .....	5
Artículo 6 .....	5
Artículo 7 .....	5
Artículo 8 .....	6
<b>CAPÍTULO II</b> .....	6
<b>De la atención de Salud Integral en la Caja de Seguro Social</b> .....	6
Artículo 9 .....	6
Artículo 10 .....	6
Artículo 11 .....	6
Artículo 12 .....	6
<b>CAPÍTULO III</b> .....	6
<b>De los Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social</b> .....	6
Artículo 13 .....	6
Artículo 14 .....	6
Artículo 15 .....	7
Artículo 16 .....	7
Artículo 17 .....	7
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	7
<b>De las Prestaciones de Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social</b> .....	7
Artículo 18 .....	7
Artículo 19 .....	7
Artículo 20 .....	8

Artículo 21 .....	8
Artículo 22 .....	8
Artículo 23 .....	8
Artículo 24 .....	9
Artículo 25 .....	9
Artículo 26 .....	9
Artículo 27 .....	9
Artículo 28 .....	9
Artículo 29 .....	9
Artículo 30 .....	9
Artículo 31 .....	9
Artículo 32 .....	10
Artículo 33 .....	10
Artículo 34 .....	10
Artículo 35 .....	10
Artículo 36 .....	10
Artículo 37 .....	11
<b>CAPÍTULO V</b> .....	<b>11</b>
<b>De La Cartera De Servicios de Salud</b> .....	<b>11</b>
Artículo 38 .....	11
Artículo 39 .....	11
Artículo 40 .....	12
Artículo 41 .....	12
Artículo 42 .....	12
Artículo 43 .....	12
Artículo 44 .....	12
Artículo 45 .....	12
Artículo 46 .....	13
<b>Capítulo VI</b> .....	<b>13</b>
<b>De Las Prestaciones Dispensadas dentro del país por instituciones ajenas a la Caja de Seguro Social</b> .....	<b>13</b>

Artículo 47 .....	13
Artículo 48 .....	13
Artículo 49 .....	13
Artículo 50 .....	13
Artículo 51 .....	13
Artículo 52 .....	13
Artículo 53 .....	14
Artículo 54 .....	14
Artículo 55 .....	14
Artículo 56 .....	14
Artículo 57 .....	14
Artículo 58 .....	14
<b>Capítulo VII .....</b>	<b>15</b>
<b>De las Prestaciones Dispensadas fuera del país .....</b>	<b>15</b>
Artículo 59 .....	15
Artículo 60 .....	15
Artículo 61 .....	15
Artículo 62 .....	15
Artículo 63 .....	15
<b>Capítulo VIII .....</b>	<b>16</b>
<b>De las Certificaciones en Salud Expedidas por la Caja de Seguro Social .....</b>	<b>16</b>
Artículo 64 .....	16
Artículo 65 .....	16
Artículo 66 .....	16
Artículo 67 .....	16
Artículo 68 .....	16
Artículo 69 .....	16
Artículo 70 .....	16
Artículo 71 .....	16
Artículo 72 .....	16
Artículo 73 .....	16

Artículo 74 .....	17
Artículo 75 .....	17
<b>Capítulo IX .....</b>	<b>17</b>
<b>Reembolso de Gastos Médicos para el Riesgo de Enfermedad y Maternidad .....</b>	<b>17</b>
Artículo 76 .....	17
Artículo 77 .....	17
Artículo 78 .....	17
<b>Disposiciones Finales .....</b>	<b>17</b>
Artículo 79 .....	17
Artículo 80 .....	18
<b>DISPOSICIONES VINCULANTES .....</b>	<b>19</b>
<b>DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS .....</b>	<b>19</b>

**Resolución No.52,872-2018-J.D.  
de 10 de octubre de 2018**

**REGLAMENTO DE PRESTACIONES Y SERVICIOS EN SALUD DE LA  
CAJA DE SEGURO SOCIAL**

**CAPITULO I  
Generalidades**

**Artículo 1:** El presente reglamento desarrolla el Sistema de Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social, la amplitud de los servicios asistenciales, las prestaciones en salud para los riesgos de Enfermedad y Maternidad y Riesgos Profesionales; las normas a que se sujetarán y las limitaciones de su otorgamiento.

**Artículo 2:** Glosario:

1. Atención ambulatoria: es todo encuentro personal, como acto de servicio en aspectos relacionados con la salud, entre el beneficiario y un trabajador de la salud responsable por la evaluación, diagnóstico, tratamiento o referencia.
2. Atención de urgencias: es parte del servicio de atención ambulatoria, incluye emergencias y urgencias y está destinada a brindar al paciente un tratamiento oportuno en aquellos casos en que exista un daño a la salud aparición súbita, enfermedades agudas o crónicas descompensadas, accidentes de trabajo o de trayecto, que comprometan la estructura y función de los órganos y/o ponga en peligro la vida.
3. Atención domiciliaria: es la atención ambulatoria, que se brinda en el lugar donde reside el beneficiario, cuando se encuentre imposibilitado físicamente para acudir a los servicios de consulta externa, en atención a las normas establecidas por la Institución.
4. Atención farmacéutica: es el conjunto de acciones que comprenden dispensación captación de reacciones adversas, medidas de prevención a problemas relacionados con medicamentos, seguimiento fármaco-terapéutico, orientación y promoción del uso racional de los medicamentos.
5. Atención hospitalaria: es el conjunto de acciones que se brindan, cuando por la naturaleza del padecimiento y a criterio médico, según lo establecido en los protocolos de atención, se hace necesario el internamiento del beneficiario.
6. Atención odontológica: es el conjunto de acciones dirigidas a la conservación del complejo buco-maxilo-facial, a través de la atención integral.
7. Atención quirúrgica: es el conjunto de acciones que se brindan al beneficiario en forma hospitalaria o ambulatoria, tendiente a prevenir, curar o al limitar el daño en la salud de un paciente, mediante la aplicación de los conocimientos médicos y de las técnicas quirúrgicas aceptadas por la medicina y lo establecido en los protocolos de atención.

8. Beneficiario: Persona que tenga derecho a alguna prestación por la Caja de Seguro Social, por la ocurrencia de alguno de los riesgos cubiertos por la Ley 51 de 2005.
9. Cartera de Servicios de Salud: es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, mediante el cual se hace efectiva la amplitud de las prestaciones de servicios de salud, que se brindan en la Caja de Seguro Social, en todos sus niveles de atención y grados de complejidad.
10. Centro de atención y Promoción y Prevención en Salud-CAPPS: Instalación de salud de la Caja de Seguro Social que desarrolla acciones encaminadas a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y a la resolución de problemas de baja complejidad a través de una atención oportuna. El equipo básico y los médicos generales y/o familiares constituyen el recurso nuclear para la atención.
11. Certificaciones de Salud: son todos aquellos formularios oficiales, de uso exclusivo de las unidades de la Caja de Seguro Social, en los que se documenta la prestación en salud.
12. Certificación de Homologación: es el certificado en el que se transcribe la información contenida en los certificados de incapacidad y/o embarazo, provenientes de instalaciones ajenas a la Caja de Seguro Social.
13. Certificado de Condición de Salud: es el documento en el que se hace constar el estado de salud físico o bucal, respectivamente, del paciente al momento de la evaluación.
14. Certificado de Defunción: es el documento mediante el cual, el médico encargado del caso o tratante, hace constar el fallecimiento del paciente dentro de la red de instalaciones de servicios de salud.
15. Certificado de Embarazo: es el documento en el que se hace constar el embarazo de una asegurada e indica la fecha probable de parte, la fecha de retiro y de reintegro laboral.
16. Certificado de Incapacidad: es el documento de uso controlado que expiden los médicos u odontólogos idóneos, cuando a su criterio profesional, luego de la evaluación al paciente, considere que el reposo es parte del tratamiento y que por su condición al paciente, considere que el reposo es parte del tratamiento y que por su condición de salud no pueda realizar sus actividades habituales.
17. Constancia de Asistencia: es el documento que hace constar de manera formal, que la persona ha asistido al consultorio o servicio, según sea el caso, a recibir atención de salud en calidad de paciente o acompañante de un paciente.
18. Consulta externa: es parte del servicio de atención ambulatoria, que tiene como fin preservar y/o restaurar daños a la salud, de acuerdo a la cartera de servicios, al modelo y a las normas de atención vigentes.
19. Dirección Ejecutiva Nacional de los Servicios y Prestaciones en Salud: es el ente superior jerárquico, normativo y supervisor en todo lo concerniente al Sistema de Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social, a nivel nacional.
20. Dispositivos médico quirúrgicos: es cualquier instrumento, aparato o material, previsto para ser empleado en seres humanos, con los propósitos específicos de diagnóstico o tratamiento.

21. Emergencia: es aquella condición en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos de la persona afectada.<sup>1</sup>
22. Hospital de Crónicos: Es la instalación de salud que se dedica a la atención de pacientes que por causa de su edad o de la naturaleza de sus patologías requieren de un tratamiento continuo a largo plazo antes de alcanzar a restaurar, al menos, parcialmente su salud si es que tal recuperación ocurre. El tratamiento de estos pacientes debe llevarse a cabo por un equipo que incluye grupo médico y de enfermería, además de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales.
23. Hospital Sectorial: Es la instalación hospitalaria, que dentro de la red hospitalaria de la CSS son los de menor complejidad. Se sitúan en áreas alejadas de las cabeceras de provincias. La cartera de servicios está dada por hospitalización, Medicina General, Especialidades, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, atención de urgencias, odontología general y especializadas, cirugías.
24. Hospital Regional: Es la instalación hospitalaria, que se constituyen en centros hospitalarios de referencia de la demanda de atención en las regiones de salud. Se sitúan en áreas alejadas de las cabeceras de provincias. La cartera de servicios incluye atención ambulatoria y de hospitalización de Especialidades y subespecialidades médico quirúrgicas, servicios de Urgencias, Cirugías, servicios técnicos. La vía de referencia es proveniente de las instalaciones del primer y segundo nivel de atención.
25. Hospital de Referencia Nacional Generales y Especializados: Es la instalación del tercer nivel de atención, que le corresponde la atención ambulatoria pre y post hospitalaria de alta complejidad y de internación hospitalaria de especialidades y subespecialidades. Constituyen instalaciones de referencia para la atención de todos los niveles de complejidad; están dirigidos a ofrecer la más alta tecnología.
26. Servicios de salud: es el conjunto sistemático de intervenciones sanitarias agrupadas por disciplinas o áreas especializadas.
27. Policlínica Básica: Es la instalación de salud de la Caja de Seguro Social que representa el Centro primario de referencias para patologías que superan la oferta de la red primaria. La cartera de servicios está dada por actividades de Medicina General, especialidades básicas, Odontología, atención de urgencias, enfermería, laboratorio, rayos x y salud ocupacional. Se podrían incluir otras especialidades de acuerdo a la demanda y perfil epidemiológico.
28. Policlínica Especializada: Es la instalación de salud de la Caja de Seguro Social que por las acciones que desarrolla se convierten en el centro de referencia del primer nivel de atención. La cartera de servicios está dada por Medicina General, especialidades y subespecialidades, Odontología general y especializada, Servicio de Urgencias, Laboratorio, Farmacia, Radiología médica, servicios de rehabilitación y consultas técnicas. Se podría incluir Cirugía ambulatoria, hospitalización de corta estancia y otras especialidades de acuerdo a la demanda y perfil epidemiológico.

---

<sup>1</sup> Fuente definición OPS/OMS

29. Sistema de Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social: es el conjunto de recursos financieros, humanos, físicos (infraestructuras), equipos y materiales, que interactúan armónica y dinámicamente para proveer de servicios de salud.
30. Prestaciones de los servicios de servicios de salud: son las acciones encaminadas a la promoción de la salud, prevención atención, seguimiento y rehabilitación de la enfermedad.
31. Prestaciones de Salud dispensadas fuera de la Institución: son aquellas prestaciones que forman parte de la cartera de servicios, pero que por circunstancias especiales, la Institución no está en capacidad de brindarla.
32. Prestaciones de Salud dispensadas fuera del país: son aquellas prestaciones que forman parte de la cartera de servicios y que por razones excepcionales se brindan fuera del territorio nacional.
33. Promoción de la salud: es el conjunto de actividades educativas, tendientes a inducir la práctica de estilos de vida saludable y al desarrollo de mejores condiciones de vida.
34. Prevención en salud: es el conjunto de acciones e intervenciones utilizadas para proteger y disminuir los factores de riesgo, que causan las enfermedades y los daños a la salud.
35. Prevención primaria: acciones dirigidas a personas y grupos para evitar los riesgos que producen daño a la salud.
36. Prevención secundaria: acciones encaminadas a detectar precozmente y tratar oportunamente una enfermedad, para disminuir la progresión o complicación de la misma.
37. Prevención terciaria: acciones dirigidas específicamente a la enfermedad buscando prevenir secuela y muerte, por causa de la misma.
38. Primer nivel de atención: es el nivel donde se desarrollan actividades dirigidas a mejorar y elevar el nivel de salud de los beneficiarios por medio de acciones promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, fomento del saneamiento y el mejoramiento del medio ambiente.
39. Recuperación es el proceso por medio del cual el enfermo se recupera de forma parcial o total de un daño a la salud.
40. Reembolso de gastos médicos: es el reconocimiento monetario que se genera de una prestación en salud, que forma parte de la cartera de servicios institucional y que fue recibida por un beneficiario fuera de las instalaciones de la Caja de Seguro Social.
41. Rehabilitación: el conjunto de actividades y procedimientos, tendientes a lograr la readaptación del paciente con secuelas físicas o mentales, al ambiente familiar, laboral y social a fin de mantener el más alto nivel de funcionamiento posible.
42. Resumen de Caso: es el documento mediante el cual, el médico tratante hace constar atención médica ambulatoria u hospitalaria, por medio de un resumen clínico que incluye fecha de inicio del padecimiento, diagnóstico, estudios de laboratorio y gabinete realizados, plan de tratamiento y recomendaciones médicas.
43. Segundo nivel de atención: es el nivel donde se desarrollan actividades dirigidas a la reparación del daño, se atienden y resuelven las demandas asistenciales complejas que exigen recursos, procedimientos y tecnología elaborada con

- tendencia a requerir internación en instalaciones hospitalarias. Se caracteriza porque enfatiza aspectos de prevención secundaria que supera la capacidad resolutive del primer nivel de atención.
44. Tercer nivel de atención: es el nivel donde se desarrollan actividades de diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación altamente especializadas, para la atención de patologías complejas. Exige equipos de alta tecnología e instalaciones de salud de gran capacidad resolutive y que en esencia deben atender las referencias de los casos que superan la capacidad resolutive del primer y segundo nivel de atención.
  45. Transporte Sanitario de Pacientes: es el servicio de movilización que se brinda a los beneficiarios y comprende la atención de y/o el traslado de pacientes.
  46. Unidad Local de Atención Primaria en Salud-ULAPS: Instalación de salud de la Caja de Seguro Social que desarrolla acciones encaminadas a fortalecer la atención primaria brindando atención en Medicina General, Odontología y especialidades básicas con acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Para fortalecer la capacidad resolutive cuentan con Farmacia, laboratorio básico y podría tener Radiología simple.
  47. Urgencia: patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en seis horas como máximo, para evitar complicaciones. <sup>2</sup>

**Artículo 3:** La Dirección Ejecutiva Nacional de los Servicios y Prestaciones en Salud, es responsable de liderar, conducir y establecer los planes, acciones, normas, protocolos y procedimientos necesarios para el desarrollo efectivo y eficiente de los servicios de salud, conforme a los propósitos, objetivos y acciones señalados en la Ley Orgánica.

**Artículo 4:** El Sistema de Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social, deberá proveer, a los beneficiarios a nivel nacional, toda la gama de servicios de salud, promoción y protección a la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación.

**Artículo 5:** El Sistema de Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social, será implementado por la Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y prestaciones en Salud, en base a las estrategias de salud institucionales diseñadas por el Director General en el contexto social, laboral, económico y jurídico, que establece la Ley Orgánica vigente y sus reglamentos.

**Artículo 6:** Los servicios de Salud de la Caja de Seguro Social, se ofrecerán en la red de instalaciones de la Institución, con las excepciones establecidas en este reglamento.

**Artículo 7:** El transporte de aquellos beneficiarios en donde el médico tratante determine la necesidad de que sea trasladado a otra unidad ejecutora, para recibir atención, serán asumidos por la Caja de Seguro Social, salvo las excepciones

---

<sup>2</sup> Fuente definición OPS/OMS

establecidas en este reglamento, de acuerdo a los procedimientos institucionales vigentes.

**Artículo 8:** Los casos de urgencia y/o emergencia se atenderán inmediatamente. Después de otorgada la prestación se obtendrá la información necesaria para comprobar el derecho a la prestación por la Caja de Seguro Social.

**Parágrafo:** Sí se comprueba que al paciente no le asiste el derecho a la prestación proporcionada por la Caja de Seguro Social y existía la obligación legal de afiliarlo, el empleador correrá con los gastos ocasionados. Sí el paciente no tiene derecho a la atención, asumirá el costo de la atención, salvo en aquellos lugares donde exista convenio de compensación de costos.

## **CAPÍTULO II**

### **De la atención de Salud Integral en la Caja de Seguro Social**

**Artículo 9:** La Caja de Seguro Social bajo la Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud, brindará la atención de salud integral con enfoque biosicosocial en las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación de los daños a la salud, incluyendo los ocasionados por enfermedad común y/o profesional.

**Artículo 10:** La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, en la población beneficiaria, estarán basadas en las políticas públicas establecidas por el ente rector y las normas institucionales vigentes. Utilizará como estrategias la información, la comunicación, la educación y la participación comunitaria.

**Artículo 11:** La Prevención en Salud se clasifica en primaria, secundaria y terciaria.

**Artículo 12:** La atención de la salud integral garantizará la calidad y seguridad de los pacientes, de los profesionales y técnicos de la salud, en todos los niveles de atención y grados de complejidad y estará a cargo de personal de salud idóneo y competente.

## **CAPÍTULO III**

### **De los Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social**

**Artículo 13:** Los servicios de salud serán ejecutados por personal multidisciplinario, para la atención de los beneficiarios, interrelacionados a través del Sistema Único de Referencia y Contrareferencia vigente.

**Artículo 14:** Los servicios de salud se brindarán en la red de instalaciones de la Caja de Seguro Social, organizados por niveles de atención y grados de complejidad, sobre la base de criterios de accesibilidad, oportunidad, continuidad, capacidad resolutive, área de cobertura y población de responsabilidad.

**Artículo 15:** Los niveles de atención correlacionan dos aspectos: las necesidades de salud y los recursos necesarios para satisfacer estas necesidades.

La Caja de Seguro Social reconoce tres niveles de atención, para la red de instalaciones de los servicios de salud, a saber: Primer nivel de atención, Segundo nivel de atención y Tercer nivel de atención.

**Artículo 16:** El grado complejidad se determina, según los siguientes criterios: la diferenciación de todos los servicios que se ofrecen en cada instalación de salud, el desarrollo y la especialización del recurso humano, de la tecnología y del equipamiento de la instalación de salud.

**Artículo 17:** En las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social se pueden encontrar diversos niveles de atención y grados de complejidad, como se describe en el siguiente cuadro:

NIVEL DE ATENCIÓN	GRADO DE COMPLEJIDAD	INSTALACIONES
I nivel	II y III grado <sup>3</sup>	CAPPS Y ULAPS Policlínicas básicas <sup>4</sup>
II nivel	IV, V y VI grado	Policlínicas especializadas, Hospitales de áreas, hospitales sectoriales, hospitales crónicos hospitales regionales.
III nivel	VII, VIII y XI grado	Hospitales supra-regionales, hospitales nacionales de referencia general y especializada. Centros especializados

#### CAPÍTULO IV

#### De las Prestaciones de Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social

**Artículo 18:** Las prestaciones de los servicios de salud de la Caja de Seguro Social, comprenden la atención de los riesgos de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales, basada en estrategias de promoción, prevención y rehabilitación, de acuerdo al perfil epidemiológico.

**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

<sup>3</sup> I nivel de complejidad no se ofrece en la red de instalaciones de la CSS.

<sup>4</sup>

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.<sup>5</sup>

**Artículo 20:** Las prestaciones de los servicios de salud serán otorgadas por los profesionales y técnicos de la salud de la Caja de Seguro Social, con oportunidad, calidad, calidez y bioseguridad, asegurando el uso racional, eficiente, efectivo y transparente de los recursos, que incorpore la rendición de cuentas.

**Artículo 21:** Los asegurados y sus dependientes recibirán las prestaciones de salud de acuerdo al servicio en el nivel de atención y el grado de complejidad a que correspondan las patologías.

**Artículo 22:** La Caja de Seguro Social podrá establecer acuerdos de coordinación y reciprocidad de prestación de servicios de salud con el sector salud del Estado, con el fin de evitar la duplicidad de servicios, costos innecesarios, por carencia o insuficiencia de los servicios, sin menoscabo de la autonomía económica, funcional y administrativa de la Caja de Seguro Social.

**Artículo 23:** Los beneficiarios tendrán que presentar los documentos de identificación y cualquier otro determinado por la Caja de Seguro Social, a fin de comprobar el derecho a través de los mecanismos que se establezcan, para recibir las prestaciones en salud.

---

<sup>5</sup> “**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 136. Prestaciones.** Para el Riesgo de Enfermedad y Maternidad, la Caja de Seguro Social concederá a sus asegurados y dependientes las siguientes prestaciones y servicios:

1. *Prestaciones en salud.* Consisten en la atención integral que incluye: atención ambulatoria, hospitalaria, quirúrgica, odontológica, farmacéutica y otros servicios de diagnóstico y tratamiento, que serán brindados por equipos multidisciplinarios.

Con el fin de evitar la duplicidad de servicios, costos innecesarios, carencia o insuficiencia de los servicios, la Institución podrá establecer acuerdos de coordinación y reciprocidad de prestación de servicios con el Sector Salud del Estado, sin menoscabo de la autonomía económica, funcional y administrativa de la Caja de Seguro Social, y con la debida compensación de los costos de los servicios que se obtengan o brinden. De igual forma, podrá establecer acuerdos de prestación de servicios con el sector privado.

Para fortalecer los servicios de atención existentes, la Institución deberá establecer la aplicación de normas de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos, oportunamente, así como la planificación de los recursos humanos y físicos requeridos.

...”

**Artículo 24:** Las prestaciones de los servicios de salud solo se darán dentro del territorio nacional, salvo las excepciones expresamente establecidas en este reglamento.

**Artículo 25:** Las personas que ingresen a cualquier instalación de salud bajo la administración de la Caja de Seguro Social, están sujetas a las disposiciones de carácter administrativo y médicas de servicios en salud establecidas por la Institución.

**Artículo 26:** La Caja de Seguro Social concederá a los asegurados y sus dependientes las prestaciones de los servicios de salud descritas en la Cartera de Servicios, por Niveles de Atención y Grados de Complejidad del Sistema de Servicios de Salud de la Institución, que serán brindadas en el ámbito individual, familiar, laboral y comunitario, por equipos multidisciplinarios de atención de salud, a nivel intra y extramuros.

**Artículo 27:** Las prestaciones de salud se brindarán de conformidad con lo dispuesto en el artículo 136, numeral 1 de la Ley 51 de 2005 y el artículo 14 de Decreto de Gabinete 68 de 1970.<sup>6</sup>

**Artículo 28:** La atención ambulatoria comprende servicios tales como: transporte sanitario de pacientes, consulta externa, emergencias, urgencias y atención domiciliaria, de acuerdo a las normas institucionales vigentes.

**Artículo 29:** Los asegurados y sus dependientes deben proporcionar la sangre necesaria para su tratamiento. En caso de suma emergencia la Institución suministrará la sangre necesaria y deben restituirla.

**Artículo 30:** Los medicamentos se dispensarán a los asegurados y sus dependientes con base en un acto médico de prescripción, por medio de recetas que deberán ser extendidas en formularios específicos o conforme a otros mecanismos tecnológicos aprobados por la Institución.

**Artículo 31:** La Caja de Seguro Social sólo dispensará las prestaciones farmacéuticas de los productos incluidos en la Lista Oficial de Medicamentos (LOM) vigente en la Institución, en cumplimiento de las normas para prescribir y dispensar medicamentos.

---

<sup>6</sup> **Artículo 14.** En caso de accidente de trabajo o de enfermedad profesional, el asegurado tiene derecho:

- a) A la necesaria asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria y al suministro de los medicamentos y otros medios terapéuticos que requiera 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.”

La Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud, en coordinación con la Comisión de Medicamentos<sup>7</sup> revisarán periódicamente estas normas.

**Artículo 32:** Para atender situaciones de especial necesidad o en casos muy excepcionales, que ameriten el uso de medicamentos que se encuentren fuera del Listado Oficial de Medicamentos (no LOM), se enviará el caso a la Comisión de Medicamentos, de acuerdo a lo establecido en la norma constitucional y la legislación vigente, para la adquisición de medicamentos no incluidos en la lista Oficial de medicamentos.

**Artículo 33:** Los servicios de diagnóstico y tratamiento sirven de apoyo al equipo de salud para el análisis en prevención y atención de enfermedades, la recuperación y rehabilitación del estado de salud de los asegurados y sus dependientes. Las actividades que realizan van a depender del nivel de atención y grado de complejidad de la instalación de salud y se describen en la Cartera de Servicios.

**Artículo 34:** Los médicos y profesionales asistenciales de salud deberán dejar constancia en el expediente clínico y formatos de control e información institucional, cuando corresponda, de los servicios y atenciones proporcionados a los pacientes, de acuerdo a lo establecido en la Ley 68 del 20 de noviembre de 2003 y su reglamentación.<sup>8</sup>

**Artículo 35:** La Institución les brindará la prestación en salud a las embarazadas beneficiarias. En los casos de las menores de edad o estudiantes de 18 a 25 años, dependientes de sus padres, se les brindarán las prestaciones de salud que requiere el neonato hasta por tres días dentro del centro hospitalario. Donde no exista convenio para la atención de no asegurados, de requerir más tiempo el neonato, se estabilizará y será referido a una instalación del Ministerio de Salud.

**Artículo 36:** En los casos de riesgos por enfermedad el beneficiario tendrá derecho a prótesis u otros aditamentos médicos, debidamente indicados y sustentados por sus médicos tratantes y aprobados por la dirección Ejecutiva Nacional de los Servicios y Prestaciones en Salud. Las autoridades de la Caja de Seguro Social están obligadas a acelerar los procesos que permitan la prestación del servicio.

---

<sup>7</sup> La Resolución No.53,128-2019-J.D. de 28 de febrero de 2019, Gaceta Oficial 28729-A de 11 de marzo de 2019, deja sin efecto la Resolución No.45,594-2012-J.D. de 27 de marzo de 2012, que reglamenta la Comisión de Medicamentos y aprueba el Reglamento de la Comisión Institucional de Farmacoterapia de la Caja de Seguro Social, denominación actual del ente colegiado.

<sup>8</sup> Ley 68 de 20 de noviembre de 2003, Gaceta Oficial 24935 de 25 de noviembre de 2003, regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión informada. El artículo 38 de la Ley 68 de 2003, relacionado al medio utilizado para contener el expediente clínico (papel, audiovisual o informático) así como la autenticidad de su contenido, fue modificado por el artículo 46 de la Ley 33 de 25 de abril de 2013, Gaceta Oficial 27275-A de 26 de abril de 2013.

Además, para los casos de riesgos profesionales, el asegurado tendrá derecho a la provisión, reparación, y renovación de las prótesis y los aparatos ortopédicos, por causa de la lesión sufrida, cuando su uso se estime necesario. En ambas situaciones, la prestación del servicio de salud se sustentará en medicina basada en la evidencia, de acuerdo a lo establecido en las normas, protocolo y procedimientos vigentes de la Institución.

El paciente tendrá la obligación de cumplir con las citas y tratamientos prescritos por los profesionales de la salud.

**Artículo 37:** Excepcionalmente y en consideración a la capacidad instalada, la Caja de Seguro Social otorgará prestaciones de salud a personas no aseguradas, siempre y cuando la oferta de las mismas sea exclusiva de la Caja de Seguro Social a nivel nacional, es decir, que ninguna entidad pública o privada oferte el servicio de salud en referencia, en el territorio nacional. Todas las solicitudes relacionadas, deben presentar una certificación médica que sustente que dichas prestaciones no pueden ser otorgadas en las Instalaciones del Ministerio de Salud o privadas, para que sean tramitadas a través de la Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud.

**PARÁGRAFO:** Los costos generados de la prestación de los servicios de salud, a que refiere el artículo anterior, serán determinados por la unidad ejecutora que presta el servicio y serán cubiertos por la persona que reciba el beneficio o su garante. La Caja de Seguro Social elaborará los procedimientos y mecanismos que regulen y garanticen ésta disposición, al momento de entrar en vigencia el presente reglamento.

## **CAPÍTULO V**

### **De La Cartera De Servicios de Salud**

**Artículo 38:** La Caja de Seguro Social concederá a los asegurados y sus dependientes las prestaciones de los servicios de salud descritas en la Cartera de Servicios, que serán brindados en el ámbito individual, familiar, laboral y comunitario por equipos multidisciplinarios de atención en salud, a nivel intra y extramuro.

**Artículo 39:** La Dirección Ejecutiva Nacional de los Servicios y Prestaciones en Salud, someterá a consideración de la Dirección General de la Caja de Seguro Social, la Cartera de Servicios por niveles de atención y grados de complejidad que ofrece en sus instalaciones de salud. La Cartera de Servicios será aprobada mediante resolución emitida por la Dirección General, previo conocimiento de la Junta Directiva, de acuerdo a lo establecido en el artículo 22, numeral 1 de la Ley 51 de 2005.

**PARÁGRAFO:** La Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud, tendrá un período de hasta 6 meses para presentar la Cartera de Servicios a la Honorable Junta Directiva, a partir de la aprobación de este reglamento.<sup>9</sup>

**Artículo 40:** La Dirección Ejecutiva Nacional de los Servicios y Prestaciones en Salud, conformará una comisión que cada dos años recomendará la inclusión o exclusión de prestaciones en la Cartera de Servicios de Salud, salvo en casos que por sustentación científica amerite su inclusión o exclusión de forma inmediata.

**Artículo 41:** Las recomendaciones emitidas por la comisión deben basarse en estudios de oferta y demanda, coste efectividad, medicina basada en evidencia, el perfil epidemiológico de la población de responsabilidad, considerando características geográficas y socio-demográficas y la disponibilidad financiera de la Institución. Para tal fin se dictará el procedimiento correspondiente.

**Artículo 42:** La Cartera de Servicios de Salud del primer nivel corresponde a la prestación que se brinda en los CAPPs, ULAPS y policlínicas básicas, en atención a su grado de complejidad como actividades de Medicina General, Familiar, Pediatría, Gineco-obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General, Odontología General, Salud mental, otros programas de salud, servicios de diagnóstico y tratamiento básicos, servicios técnicos y visitas domiciliarias.

**Artículo 43:** La Cartera de Servicios de Salud del segundo nivel corresponde a la prestación que se brinda en las policlínicas especializadas, hospitales sectoriales y regionales y hospitales crónicos en atención a su grado de complejidad. En este nivel de atención, se adicionan a las especialidades de primer nivel algunas otras especialidades y sub especialidades médicas y quirúrgicas, odontología especializada, servicios especializados, técnicos de apoyo, servicios de urgencias y hospitalizaciones.

**Artículo 44:** La cartera de servicios de salud del tercer nivel de atención corresponde a las prestaciones altamente especializadas, que se brindan en hospitales suprarregionales, nacionales de referencia general y especializada y centros especializados. En este nivel de atención se incluyen otras especialidades, subespecialidades, servicios técnicos y de apoyo especializados no establecidos en el primer y segundo nivel.

**Artículo 45:** Corresponde a cada unidad ejecutora de salud, informar a los asegurados y sus dependientes, acerca de los servicios y prestaciones a que pueden tener acceso los usuarios en su instalación.

---

<sup>9</sup> La Resolución No.1586-2019-D.G. de 11 de septiembre de 2019, Gaceta Oficial 29072 de 20 de julio de 2020, aprobó la Cartera de Servicios por Instalación de Salud para la Red Institucional de Servicios y Prestaciones de Salud.

**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.

## **Capítulo VI**

### **De Las Prestaciones Dispensadas dentro del país por instituciones ajenas a la Caja de Seguro Social**

**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 49:** La Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud, autorizará la adquisición de prestaciones de salud externas, previa evaluación del Departamento de Tramite, Control y Seguimiento de Servicios Médicos Externos, para dar cumplimiento al artículo 136 de la Ley 51 de 2005, conforme al procedimiento vigente.

Para tales efectos el médico tratante llenará el formulario de Solicitud de Autorización de Servicios Médicos Externos, el que dará inicio al proceso de adquisición, según lo establece el procedimiento vigente.

**Artículo 50:** La Caja de Seguro Social sólo asumirá el pago hasta la suma de cincuenta mil balboas (B/50,000.00), por enfermedad, de aquellas prestaciones en salud que se brinden fuera de la red de servicios de la Institución.

**Artículo 51:** Los asegurados y sus dependientes a los que se refiere el artículo anterior, que cuenten con un seguro médico privado y voluntariamente decida utilizarlo, previa solicitud del servicio, la Institución solamente cubrirá el co-pago o el deducible exigido por la aseguradora privada, monto que nunca será mayor a la suma de cincuenta mil balboas (B/.50,000.00), por enfermedad. Cuando la aseguradora privada no cubra la totalidad de los gastos médicos, la Institución reconocerá la diferencia entre el co-pago o el deducible y los gastos no cubiertos, sin exceder la suma de cincuenta mil balboas (B/.50,000.00), por enfermedad.

**Artículo 52:** La Dirección ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud, deberá ser informada por el empleador, dentro de las primeras cuarenta y ocho horas, cuando por la gravedad de un accidente de trabajo, la víctima sea conducida a un centro hospitalario que no sea propiedad de la Caja de Seguro Social, ni contratada por esta.

**Artículo 53:** En los Casos descritos en el artículo anterior, la Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud, procederá a enviar a un médico al lugar de internamiento del trabajador, con el fin que practique una evaluación clínica para determinar la gravedad del trabajador y considerara sí el accidentado puede ser trasladado y puesto a disposición a una instalación de salud de la institución, sin poner en riesgo su vida y que la movilización no ocasionará un agravamiento de lesión. Para tal fin, se atenderá el procedimiento vigente.

**Artículo 54:** Los servicios médicos de la Caja de Seguro Social efectuará el traslado a una instalación de salud de ésta, una vez la Comisión Médica así lo recomiende. Si el traslado no es aconsejable, la Caja de Seguro Social asumirá los costos a que diera lugar la atención del paciente mientras no se encuentre en condiciones de ser movilizadado.

**Artículo 55:** Cuando se compruebe la urgencia del accidente de trabajo y el trabajador sea puesto a disposición de la Caja de Seguro Social, los costos generados serán asumidos por la Institución, de lo contrario, la asistencia prestada en la entidad particular, anterior al traslado a la Caja de Seguro Social, serán pagados por el empleador, así como cuando no se comunique la ocurrencia del accidente de trabajo.

**Artículo 56:** En el caso que el trabajador una vez estabilizado, y evaluado por, el médico se niegue a ser trasladado a las instalaciones de la Caja de Seguro Social, deberá firmar el relevo de responsabilidad que exonera a la Caja cualquier compromiso económico con el empleador, el empleador y la entidad de salud que prestó el servicio.

**Artículo 57:** La Caja de Seguro Social proporcionará dispositivos quirúrgicos, para la realización de procedimientos incluidos en la cartera de servicios y que de forma voluntaria, por su cuenta, costo y riesgo, el beneficiario decida realizarse fuera de la Institución; siempre que exista la disponibilidad de los mismos hasta al suma de cincuenta mil balboas (B/.50,000.00), por enfermedad

**Artículo 58:** Los beneficios descritos en el artículo anterior, con antelación a la entrega del dispositivo quirúrgico, requerirán de una evaluación de su estado de salud, por la instalación de salud de la institución que se le asigne, se comprobará la necesidad del procedimiento y se verificará que el mismo esté incluido en la cartera de servicios. El beneficiario deberá presentar una certificación del procedimiento a realizar y copia de su expediente clínico externo que será excluido en el expediente clínico institucional. La Caja de Seguro Social no entregará ningún dispositivo quirúrgico, si la solicitud del mismo es posterior a la realización del procedimiento.

## **Capítulo VII**

### **De las Prestaciones Dispensadas fuera del país**

**Artículo 59:** La Caja de Seguro Social reconocerá prestaciones por servicios de salud fuera del país.

1. A los Asegurados y sus dependientes que sean miembros permanentes de las misiones diplomáticas o consulares de Panamá en el exterior, de acuerdo a la legislación vigente, tendrán derecho a servicios de hospitalización para tratamientos y cirugías.
2. A los funcionarios del Estado designados como miembros oficiales de misiones de trabajos extraordinarios o especiales, de acuerdo a la legislación vigente, cuando requieran dichas prestaciones por motivo de urgencias y/o emergencias.
3. A los Asegurados y sus dependientes residentes en Panamá que sean trasladados al extranjero, previa solicitud y por recomendación de la Comisión Médica Evaluadora designada por la Dirección ejecutiva Nacional de los Servicios y Prestaciones en Salud.

**Artículo 60:** Los asegurados y sus dependientes a los que se refiere el artículo anterior, que cuenten con un seguro médico privado y voluntariamente decida utilizarlo, previa solicitud y traslado, la Institución solamente cubrirá el co-pago o el deducible exigido por la aseguradora privada, monto que nunca será mayor a la suma de cincuenta mil balboas (B/50,000.00), por enfermedad. Cuando la aseguradora privada no cubra la totalidad de los gastos no cubiertos, sin exceder la suma de cincuenta mil balboas (B/.50,000.00), por enfermedad.

**Artículo 61:** Los asegurados y sus dependientes residentes en el territorio nacional, que por recomendación de la Comisión Médica Evaluadora designada por la Dirección Ejecutiva Nacional de los Servicios y Prestaciones en Salud, se les autorice su traslado, deben cumplir con el procedimiento establecido para el trámite de atención en el exterior como condición obligatoria para el reconocimiento de prestaciones de salud fuera del país.

**Artículo 62:** El reconocimiento de gastos para el beneficio y acompañante, serán provistos de acuerdo a la región geográfica donde el paciente sea enviado para su tratamiento y los establecido en la Ley de Presupuesto vigente. Solo se reconocerá un acompañante por beneficiario. El beneficiario reembolsará a la Caja de Seguro Social las sumas recibidas en exceso, en los casos en que la permanencia haya sido pagada al momento de su viaje.

**Artículo 63:** En caso de deceso de un beneficiario en el extranjero, que hubiese sido enviado por cuenta de la Caja de Seguro Social para ser tratado médicamente, los gastos del traslado del fallecido serán cubiertos por Institución.

## **Capítulo VIII**

### **De las Certificaciones en Salud Expedidas por la Caja de Seguro Social**

**Artículo 64:** Las Certificaciones de Salud comprenden, constancias de asistencia, de condición de salud, de capacidad laboral, de embarazo, resumen de caso, certificados de incapacidad y cualquier otro que documente la prestación en salud.

**Artículo 65:** Las Certificaciones de Salud, serán expedidas por los profesionales y técnicos de la Institución autorizados en cada caso.

**Artículo 66:** Las Certificaciones de Salud expedidas por la Caja de Seguro Social, serán de uso controlado, de acuerdo al servicio prestado, verificables en registros médicos diarios y en el expediente clínico; en cumplimiento con las normas y procedimientos vigentes.

**Artículo 67:** El médico tratante, odontólogo y otros funcionarios autorizados para expedir Certificaciones de Salud en la Institución, actuará bajo su absoluta responsabilidad y con estricto apego a la ley, sus reglamentos, normas institucionales y ética profesional.

**Artículo 68:** La Certificación de Homologación es transcrita por un médico institucional, no obstante el médico tratante que expidió la certificación a homologar, es el responsable si por insuficiencia, deficiencia o falsedad ideológica, resultase un perjuicio para el paciente y/o la Caja de Seguro Social, con independencia de lo establecido en el Código Penal.

**Artículo 69:** La Constancia de Asistencia no genera prestaciones económicas por parte de la Institución.

**Artículo 70:** El Certificado de Condición de salud se expedirá por el médico tratante a solicitud del paciente o su representante.

**Artículo 71:** El médico tratante podrá expedir un certificado de incapacidad retroactivo, cuando compruebe que el padecimiento del paciente es anterior a la fecha de la atención. Deberá consignar en la historia clínica los antecedentes y demás elementos que comprueben el inicio del padecimiento del paciente, el tratamiento médico recibido y el tiempo de retroactividad.

**Artículo 72:** El Resumen de Caso debe contar con el sello de la unidad ejecutora donde se expidió, además de la firma y sello del médico tratante.

**Artículo 73:** El Certificado de Embarazo, se extiende por seis semanas anteriores al parto y las ocho posteriores al parto. En los lugares que no se cuente con Ginecólogo Obstetra, podrá ser expedido por el Médico General.

**Artículo 74:** En el Certificado de Defunción, el médico encargado del caso o tratante anotará diagnósticos, fecha y hora exacta de la muerte, siempre y cuando no se trate de un caso médico legal.

**Artículo 75:** El asegurado que esté incapacitado temporalmente por enfermedad, podrá acceder a todos los servicios de salud, durante todo el período de la incapacidad.

## Capítulo IX

### Reembolso de Gastos Médicos para el Riesgo de Enfermedad y Maternidad

**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.<sup>10</sup>

**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.

## Disposiciones Finales

**Artículo 79:** El presente reglamento deroga el Reglamento de Prestaciones Médicas aprobado por la Junta Directiva en Sesión del 27 de diciembre de 1962 y todas sus modificaciones; el Reglamento sobre prestaciones Médicas dispensadas en instituciones en el exterior cuando no se brinden en Panamá, aprobado mediante Resolución No.18,153-99 J.D. de 28 de octubre de 1999 y todas sus modificaciones; los artículos 10, 12, 13, 14 y 15 del Acuerdo No.1 de 29 de mayo de 1995, por el cual se expide el Reglamento General de Prestaciones del Seguro de Riesgos Profesionales y se dictan otras disposiciones; y el Reglamento para la Homologación

---

<sup>10</sup> Ley 16 de 31 de julio de 1986, Gaceta Oficial 20613 de 7 de agosto de 1986, dicta las normas para garantizar la Asistencia Médica de Urgencia a las personas que se encuentren en grave peligro de muerte.

de la Atención Alterna y Opcional de Atención Médica Privada Dispensada a los Asegurados de la Caja de Seguro Social, aprobado mediante Resolución No.9931-94-J.D. de 17 de marzo de 1994.

**Artículo 80:** Este reglamento entrará en vigencia a partir de su promulgación en la Gaceta Oficial.

Aprobado en primer debate por el Pleno de la Junta Directiva, en la sesión del 17 de abril de 2018.

Aprobado en segundo debate el Pleno de la Junta Directiva, en sesión del 10 de octubre de 2018.

**ARTÍCULO TERCERO:** Esta Resolución empezará a regir, a partir de la fecha de su promulgación en la Gaceta Oficial. <sup>11</sup>

**FUNDAMENTO DE DERECHO:** Artículos 1 numerales 22, 6, 28 numeral 2 de la Ley 51 de 27 de diciembre de 2005.

**REMITASE** a la Gaceta Oficial para su debida promulgación.

Publíquese y cúmplase,

GUILLERMO PUGA  
Presidente de la Junta Directiva

LYDA RIVERA V.  
Secretaria de la Junta Directiva

---

<sup>11</sup> El artículo primero de la Resolución No.52,872-2008-J.D. de 10 de octubre de 2018, señala que deroga las normas descritas en el artículo 79 del Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud de la Caja de Seguro Social, mientras que el artículo segundo del precitado acto administrativo aprueba el presente reglamento.

## DISPOSICIONES VINCULANTES

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

**Resolución No.49,383-2015-J.D.** de 21 de julio de 2015, Gaceta Oficial 27843 de 11 de agosto de 2015, que modificó el artículo 30-A del Reglamento de Prestaciones Médicas.

**Resolución No.18,153-99-J.D.** de 28 de octubre de 1999, Gaceta Oficial 23977 de 27 de enero de 2000, que aprobó el Reglamento sobre Prestaciones Médicas Dispensadas en Instituciones en el Exterior cuando no se brinden en Panamá.

**Acuerdo No.1** de 29 de mayo de 1995, Gaceta Oficial 22805 de 15 de junio de 2005, por el cual se expide el Reglamento General de Prestaciones del Seguro de Riesgos Profesionales y se dictan otras disposiciones.

**Resolución No.9931-94-J.D.** de 17 de marzo de 1994, Gaceta Oficial 22517 de 18 de abril de 1994, en la que solo se publicó el acto administrativo, mientras que en la Gaceta Oficial 22518 de 18 de abril de 1994, fue publicado el contenido del Reglamento para Homologación de la Atención Alterna y Opcional de Atención Médica Privada, Dispensada a los Asegurados del Seguro Social.

**Resolución S/N** aprobada en segundo debate por la Junta Directiva en sesión de 31 de diciembre de 1962, por el que se aprobó el Reglamento de Prestaciones Médicas.<sup>12</sup>

## DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

**Procedimiento P-74** de junio de 2020, Proceso de Selección de Medicamentos para la inclusión, modificación o exclusión de la Lista Oficial de Medicamentos, de la Caja de Seguro Social.

---

<sup>12</sup> El Reglamento de Prestaciones Médicas no fue publicado en la Gaceta Oficial. La Procuraduría de la Administración le asignó el número de control SN489 de 27 de diciembre de 1962. Del compendio de reglamentos elaborados por la Licenciada Xiomara Garrido, fue posible obtener el aludido documento, que indica posteriores modificaciones por la Junta Directiva de la Institución, a saber: artículo 4, modificado en las sesiones de 11 y 25 de agosto de 1970; artículo 8-A adicionado en la sesión de 20 de septiembre de 1979; artículo 30-A adicionado en la sesión de 17 de agosto de 1971; numeral 5 del artículo 31 adicionado en la sesión de 13 de abril de 1964; párrafos A y B del artículo 31 modificados en las sesiones de 28 de septiembre de 1964 y 27 de noviembre de 1963, respectivamente; artículo 33-A adicionado en las sesiones de 27 y 31 de mayo de 1966; artículo 33-B adicionado en las sesiones de 24 y 27 de mayo de 1966; artículo 35 derogado en las sesiones de 6 y 20 de febrero de 1970; párrafos B y C del artículo 43 adicionados en las sesiones de 24 y 27 de mayo de 1966; párrafo C del artículo 56 adicionado en la sesión de 22 de junio de 1965; artículo 58 modificado en la sesión de 1 de julio de 1966; párrafo del artículo 64 adicionado en la sesión de 2 de septiembre de 1963.

**Ley 109** de 12 de noviembre de 2019, Gaceta Oficial 28899-A de 12 de noviembre de 2019, que adopta la Política Nacional de Medicamentos de la República de Panamá.

**Resolución No.1586-2019-D.G** de 11 de septiembre de 2019, Gaceta Oficial 29072 de 20 de julio de 2020, que aprobó la Cartera de Servicios por Instalación de Salud para la Red Institucional de Servicios y Prestaciones de Salud.

**Decreto Ejecutivo No.105** de 2 de mayo de 2017, Gaceta Oficial 28279-B de 16 de mayo de 2017, sobre la prescripción y dispensación de medicamentos no sustituibles.

**Resolución No.45,054-A-2012-J.D.** de 2 de octubre de 2012, Gaceta Oficial 27148 de 23 octubre de 2012, que aprueba la edición oficial de la Lista Oficial de Medicamentos y del Formulario Oficial de Farmacoterapia, así como, entre otras cosas, establece como necesario y vinculante toda decisión administrativa que involucre el uso de medicamentos que no formen parte de la Lista Oficial de Medicamentos (Medicamentos NO LOM) y que se consideren convenientes adquirir para el tratamiento de asegurados y sus beneficiarios, con condiciones excepcionales.

**Resolución No.41,725-2009-J.D.** de 22 de diciembre de 2009, Gaceta Oficial 26449 de 18 de enero de 2010, que fija las Políticas de Medicamentos en la Caja de Seguro Social.

**Resolucion No.632** de 30 de junio de 2009, Gaceta Oficial 26382-A de 6 de octubre de 2009, por medio de la cual se adopta la Política Nacional de Medicamentos. La Resolución No.925 de 15 de julio de 2015, Gaceta Oficial 27834 de 29 de julio de 2015, derogó el literal g del artículo 4 de la Resolución No.632 de 2009.

**Ley 68** de 20 de noviembre de 2003, Gaceta Oficial 24935 de 25 de noviembre de 2003, que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión informada. El artículo 38 de la Ley 68 de 2003, relacionado al medio utilizado para contener el expediente clínico (papel, audiovisual o informático) así como la autenticidad de su contenido, fue modificado por el artículo 46 de la **Ley 33** de 25 de abril de 2013, Gaceta Oficial 27275-A de 26 de abril de 2013.

**Ley 1 de 10 de enero de 2001**, Gaceta Oficial 24218 de 12 de enero de 2001, modificada por la Ley 61 de 2012, Gaceta Oficial 27136, Ley 17 de 2014, Gaceta Oficial 27626, Ley 90 de 2017, Gaceta Oficial 28433-B y Ley 97 de 2019, Gaceta Oficial 28875-A. Reglamentada por el Decreto Ejecutivo No.183 de 2018, Gaceta Oficial 28546-A, Decreto Ejecutivo No.95 de 2019, Gaceta Oficial 28776-B y Decreto Ejecutivo No.36 de 2020, Gaceta Oficial 28942-B.

**Ley 16** de 1986, Gaceta Oficial 20613 de 7 de agosto 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.

**Resolución s/n** aprobada en segundo debate el 26 de julio de 1984, Gaceta Oficial 20132 de 30 de agosto de 1984, que contiene el Reglamento para la Inclusión - Admisión - Reinclusión y Exclusión de Medicamentos y Productos Medicamentosos. **Resolución No.2173-85-J.D.** aprobada en segundo debate el 4 de julio de 1985, Gaceta Oficial 20354 de 23 de julio de 1985, aprobó el Reglamento para la Selección de Medicamentos, este acto administrativo deroga toda reglamentación le sea contraria. La **Resolución No.3750-88-J.D.** de 2 de agosto de 1988, Gaceta Oficial 21117 de 19 de agosto de 1988, dicta el Reglamento para la Selección de Medicamentos de la Caja de Seguro Social, que deroga la Resolución No.2173-85-J.D. de 4 de julio de 1985 y cualquiera otras reglamentaciones que le sean contrarias; la Resolución No.3750-88-J.D. de 2 de agosto de 1988, fue modificada en parte por la Resolución No.16,118-98-J.D. de 4 de junio de 1998, ya que derogó las disposiciones que hacen referencia al Certificado de Calificación o aludan a cualquier función restrictiva a la libre comercialización, competencia o adquisición de productos medicamentosos para la Caja de Seguro Social o cualquier disposición que le sea contraria. La **Resolución No.35,992-2004-J.D. de 29 de julio de 2004**, Gaceta Oficial 25105 de 30 de julio de 2004, dicta el Reglamento para la Selección de Medicamentos, que fue dejada sin efecto a través de la **Resolución No.45,594-2012-J.D.** de 27 de marzo de 2012, Gaceta Oficial 27041-B de 24 de mayo de 2012, que aprueba el Reglamento de la Comisión de Medicamentos y Selección de Medicamentos de la Caja de Seguro Social.

**Reglamento de la Comisión del Cuadro Básico de Medicamentos**, aprobado por la Junta Directiva en segundo debate en sesión del 27 de septiembre de 1978<sup>13</sup>. **Resolución s/n**, aprobada en segundo debate el 11 de abril de 1984, Gaceta Oficial 20132 de 30 de agosto de 1984, que contiene el Reglamento de la Comisión de Medicamentos de la Caja de Seguro Social. **Resolución s/n**, aprobada en segundo debate el 1° de junio de 1985, Gaceta Oficial 20326 de 13 de junio de 1985, que aprobó el Reglamento de la Comisión de Medicamentos de la Caja de Seguro Social; modificada por la **Resolución No.16,118-98-J.D.** de 4 de junio de 1998, Gaceta Oficial 23565 de 16 de junio de 1998, ya que en ella se deroga el literal c) del artículo 8 del Reglamento de la Comisión de Medicamentos. La **Resolución No.45,594-2012-J.D.** de 27 de marzo de 2012, Gaceta Oficial 27041-B de 24 de mayo de 2012, que aprueba el Reglamento de la Comisión de Medicamentos y Selección de Medicamentos de la Caja de Seguro Social, deja sin efecto el Reglamento de la Comisión de Medicamentos, previamente aprobado mediante la Resolución s/n de 1 de junio de 1985, Gaceta Oficial 20326 de 13 de junio de 1985, así como la Resolución No.35,992-2004-J.D. de 29 de julio de 2004, Gaceta Oficial 25105 de 30 de julio de 2004, que

---

<sup>13</sup> El Reglamento de la Comisión del Cuadro Básico de Medicamentos no fue publicado en Gaceta Oficial. Del compendio de reglamentos elaborados por la Licenciada Xiomara Garrido, fue posible obtener el aludido documento.

crea el Reglamento para la Selección de Medicamentos. La **Resolución No.53,128-2019-J.D.** de 28 de febrero de 2019, Gaceta Oficial 28729-A de 11 de marzo de 2019, deja sin efecto la Resolución No.45,594-2012-J.D. de 27 de marzo de 2012, que reglamenta la Comisión de Medicamentos y Selección de Medicamentos de la Caja de Seguro Social y además deja sin efecto la Resolución No.48,573-2014-J.D. de 30 de septiembre de 2014, Gaceta Oficial 28729-A de 11 de marzo de 2019, que crea el Comité de Análisis Costo Efectividad Clínico (ACEC) en la Comisión de Medicamentos. Además, aprueba el Reglamento de la Comisión Institucional de Farmacoterapia de la Caja de Seguro Social, denominación actual del ente colegiado.