

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

Panamá, uno (1) de marzo de dos mil veintitrés (2023).

**VISTOS:**

El señor **VICENTE RIVAS HERRERA**, a través de su apoderado legal, presentó Demanda Contencioso Administrativa de Plena Jurisdicción, en la que solicita que se declare nula, por ilegal, la Resolución N°638-2013-S.D.G. de dieciocho (18) de abril de dos mil trece (2013), emitida por el Subdirector General de la Caja de Seguro Social, sus actos confirmatorios y para que se hagan otras declaraciones.

La demanda en cuestión fue admitida mediante Providencia de diez (10) de mayo de dos mil diecisiete (2017), de la cual se envió copia al Subdirector General de la Caja de Seguro Social, para que en atención al artículo 33 de la Ley N°33 de 11 de septiembre de 1946, presentara el informe explicativo de conducta; y, se corrió traslado a la Procuraduría de la Administración, para que presentara el concepto de Ley que le corresponde (Foja 15).

**LAS PRETENSIONES DEL DEMANDANTE**

La parte actora pretende que se revoque la decisión contenida en la Resolución N°638-2013-S.D.G. de dieciocho (18) de abril de dos mil trece (2013) y sus actos confirmatorios; y, en consecuencia, se ordene y condene a la Caja de Seguro Social a pagar el reembolso presentado el quince (15) de octubre de dos mil doce (2012), por

gastos médicos incurridos en la cirugía de cateterismo cardiaco y angioplastia coronaria, donde le colocaron 3 Stent (endoprótesis vascular) en la Clínica Hospital San Fernando, por la suma de veintidós mil diecinueve con 11/100 Balboas (B/.22,019.11).

### HECHOS EN QUE SE FUNDAMENTA LA DEMANDA

El apoderado legal del señor **VICENTE RIVAS HERRERA** señala que, se inició el trámite de Solicitud de Cateterismo Cardiaco el dieciséis (16) de noviembre de dos mil diez (2010), en la Caja de Seguro Social, a requerimiento del Doctor José Remón Varela, para lo cual se le dio cita el nueve (9) de febrero, el veintidós (22) de marzo, el veintitrés (23) de junio y el veintiocho (28) de septiembre, del año dos mil once (2011), sin que pudiese cumplirse con el objetivo, en vista que la capacidad de dicha entidad de salud impidió que se pudiera prestar el servicio, en las fechas señaladas.

Indica que, el Doctor Javier González, Cardiólogo e Intervencionista de la Clínica Hospital San Fernando Norte, dejó constancia por escrito sobre la condición del paciente **VICENTE RIVAS HERRERA**, al presentar cuadro de angina inestable de dos a tres veces al día, en las dos semanas previas a su evaluación, motivo por el cual se le realizó el cateterismo cardiaco urgente, pues tal condición, sumada a la historia clínica demostraban la necesidad del mismo, el cual se llevó a cabo el dieciocho (18) de octubre de dos mil once (2011), veinte (20) días después de su última cita programada en la Caja de Seguro Social, la cual no fue atendida por falta de disponibilidad del servicio, por parte de dicha entidad.

Expone el recurrente que, aun cuando la institución demandada alegue que el procedimiento de cateterismo cardiaco podía hacerse en sus instalaciones, tal afirmación es falsa, pues constan las fechas que fueron pospuestas porque no tenían capacidad o disponibilidad para hacerlo; y, que luego de esperar diez (10) meses y con un cuadro de complicaciones severas que pusieron en riesgo su vida, se procedió con una cirugía con carácter de urgencia, situación que hacía imposible que se realizara una solicitud previa de reembolso de gastos o aprobación de trámites para ello.

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

De acuerdo con el argumento de la parte actora, la resolución administrativa objeto de reparo es infractora de los artículos 2 y 70 de la Ley N°51 de 27 de diciembre de 2005, que reforma la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social y dicta otras disposiciones, los cuales son del tenor siguiente:

### **“Artículo 2. Naturaleza jurídica y fines de la Caja de Seguro Social.**

La administración, planificación y control de las contingencias de la seguridad social panameña, cubiertos de conformidad con la presente Ley, estarán a cargo de la Caja de Seguro Social.

La Caja de Seguro Social es una entidad de Derecho Público, autónoma del Estado, en lo administrativo, funcional, económico y financiero; con personería jurídica y patrimonio propio.

La Caja de Seguro Social tiene por objeto garantizar a los asegurados el derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia, frente a la afectación de estos medios, en casos de retiro por vejez, enfermedad, maternidad, invalidez, subsidios de familia, viudez, orfandad, auxilio de funerales, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, de conformidad con los términos, límites y condiciones establecidos en la Constitución y la ley, y con las posibilidades financieras de la Institución.

...”.

Fundamenta el actor el presente cargo de ilegalidad alegando que, la Caja de Seguro Social denegó al asegurado **VICENTE RIVAS HERRERA**, las prestaciones correspondientes a los desembolsos por gastos médicos externos que debió hacer, en vista que la institución no tenía disponibilidad para realizar el procedimiento de cateterismo cardiaco solicitado por el médico tratante y cardiólogo del Complejo Hospitalario Arnulfo Arias Madrid, el Doctor José Remón Varela, quien indicó en la solicitud de dieciséis (16) de noviembre de dos mil diez (2010), que el asegurado mantenía factores de riesgo cardiovasculares como la hipertensión arterial y dislipidemia, aunado a los antecedentes de angina inestable; condición que fue señalada en la Nota SdeC-CHDr.AAM/N°-013-2013 de trece (13) de marzo de dos mil trece (2013), suscrita por dos (2) médicos especialistas de la Caja de Seguro Social, quienes indicaron que se trataba de una urgencia vital, con un diagnóstico de “Angina

*Inestable, Cardiopatía Isquémica y Status post Bypass coronario*”, lo que comprueba que existían factores que ponían en riesgo la vida del asegurado y que ameritaban una intervención urgente. Así también, el Médico Cardiólogo, Doctor Javier A. González, quien lo intervino, señaló las complicaciones que presentaba antes de la cirugía.

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

La parte actora estima que, si bien la norma citada señala la prohibición de externalizar los servicios, no establece cuándo la incapacidad manifiesta de la Caja de Seguro Social, de realizar los servicios médicos y procedimientos, debe ser remitida a servicios externos para garantizar la vida y honra de los asegurados, que es la razón de este sistema en atención a lo establecido en el artículo 109 de la Constitución Nacional que establece que *“Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social”*.

#### **INFORME DE CONDUCTA DEL FUNCIONARIO DEMANDADO**

Por medio de la Nota N°DENL-N-110-2017 de veinticinco (25) de mayo de dos mil diecisiete (2017), visible de fojas 17 a 18, el Director General de la Caja de Seguro Social remitió el Informe de Conducta correspondiente, en el cual establece que el hecho bajo el cual el actor sustenta sus pretensiones en contra de dicha entidad estatal, se originó a partir de la negación a la solicitud de reembolso de gastos médicos incurridos en una clínica privada, mediante Resolución N°638-2013-S.D.G. de dieciocho (18) de abril de dos mil trece (2013).

Que la resolución citada fue debidamente notificada al señor **VICENTE RIVAS HERRERA**, el día veinticuatro (24) de abril de dos mil trece (2013), quien disconforme con la decisión contenida en el acto, interpuso recurso de reconsideración, dentro del término legal, el día tres (3) de mayo de dos mil trece (2013), el cual fue resuelto mediante Resolución N°061-2014-S.D.G. de trece (13) de enero de dos mil catorce (2014), manteniendo en todas sus partes el acto administrativo primigenio.

Seguidamente, señala que el demandante presentó recurso de apelación, el cual fue admitido por medio de la Providencia de catorce (14) de abril de dos mil catorce (2014), por parte de la Subdirección General de la Caja de Seguro Social.

Que ante ello, la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social, alegando la falta de aportación de nuevos elementos de prueba que permitieran variar el acto administrativo recurrido, a través de la Resolución N°50,770-2017-J.D. de siete (7) de febrero de dos mil diecisiete (2017), confirmó en todas sus partes la Resolución N°638-2013-S.D.G. de dieciocho (18) de abril de dos mil trece (2013), mantenida por la Resolución N°061-2014-S.D.G. de trece (13) de enero de dos mil catorce (2014), quedando notificado el tres (3) de marzo de dos mil diecisiete (2017).

Plantea que, el demandante recurrió ante la Sala Tercera solicitando que se le pague indemnización por daños y perjuicios materiales y morales causados bajo el despido injustificado, desde la cesación de labores, pero que para la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social, quedó expuesta la falta de legitimidad del asegurado para reclamar el reembolso del gasto total ocasionado en la cirugía indicada, con base en la nota escrita por el asegurado **VICENTE RIVAS HERRERA**, visible a foja 44 del expediente, en la que señala que la cuenta que incluye servicios hospitalarios y honorarios médicos, ascendió a veintidós mil diecinueve con 11/100 Balboas (B/.22,019.11).

Concluye que, no se dieron los supuestos de hecho dispuestos en los artículos 1 y 8 del Reglamento de Prestaciones Médicas de la Caja de Seguro Social que disponen que las prestaciones por el riesgo de enfermedad deben darse en los

establecimientos de la Caja de Seguro Social o en los públicos o privados que ésta hubiese contratado o autorizado para tal efecto, con excepción de los casos de urgencia, tomando en consideración el contenido del artículo 70 de la Ley N°51 de 27 de diciembre de 2005, que refiere a la prohibición de externalizar servicios.

### OPINIÓN DE LA PROCURADURÍA DE LA ADMINISTRACIÓN

Mediante la Vista Número 036 de dieciséis (16) de enero de dos mil dieciocho (2018), visible de fojas 37 a 43, la Procuraduría de la Administración ha indicado que no le asisten la razón al recurrente, por lo que sugiere a esta Colegiatura que se declare legal el acto administrativo impugnado.

En tal sentido, indica que la Comisión Médica Especializada del Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Dr. A.A.M., recomendó no acceder a la solicitud de reembolso por gastos médicos incurridos, en vista que la entidad sí podía prestar el servicio requerido por el demandante y que no existía constancia de autorización previa de la entidad, para que el asegurado se atendiera en una clínica privada.

Señala que, la entidad demandada reiteró, a través de las Resoluciones N°61-2014-S.D.G. de trece (13) de enero de dos mil catorce (2014) y N°50,770-2017 J.D. de siete (7) de febrero de dos mil diecisiete (2017), que la institución sí estaba en capacidad de brindar el servicio al paciente **VICENTE RIVAS HERRERA**, quien sin una autorización previa, de manera unilateral, decidió utilizar los servicios médicos de una entidad privada, lo que motivó la petición de reembolso de gastos médicos incurridos, misma que la institución ahora no puede reconocer al no ajustarse a las formalidades legales establecidas al efecto.

Considera que, la actuación de la entidad demandada estuvo apegada a derecho y cumplió con el debido proceso, pues se le permitió al actor el derecho a la defensa y a la presentación de sus descargos, tal como se aprecia en el proceso administrativo, por lo que concluye que el acto administrativo impugnado y los

confirmatorios no han infringido las normas señaladas por el demandante, por lo que los cargos de ilegalidad deben ser desestimados.

### FASE PROBATORIA Y ALEGATOS

Mediante el Auto de Prueba N°196 de veintiuno (21) de junio de dos mil diecinueve (2019), se admitieron las pruebas documentales, presentadas y aducidas, por la parte actora y la Procuraduría de la Administración (Cfr. Fs. 55 a 56).

Llegado el momento de dictar sentencia el Tribunal advierte que, el expediente administrativo que fue admitido como prueba y requerido ante la instancia administrativa correspondiente, no había sido remitido, por lo que, mediante Autos de Mejor Proveer de cuatro (4) de abril y de quince (15) de noviembre, ambos de dos mil veintidós (2022), esta Colegiatura ordenó a la Secretaría General de la Caja de Seguro Social la remisión del mismo, así como una Certificación con información relevante para la decisión de fondo que esta Colegiatura debe emitir (Cfr. Fs. 78 a 79, 89 a 91).

Así tenemos que, mediante Nota DENSYPS-N-6343-2022 de dos (2) de diciembre de dos mil veintidós (2022), el Subdirector Nacional Legal-Asuntos Administrativos, remitió un expediente habilitado del señor **VICENTE RIVAS HERRERA**, en cumplimiento del Procedimiento de Habilitación de Documentos y/o Expedientes Oficiales Extraviados P-59; y, dentro del mismo se remite la Nota CHDRAAM/SdeC-Nota N°216-2022 de cuatro (4) de mayo de dos mil veintidós (2022), donde consta la Certificación emitida por el Jefe del Servicio de Cardiología (Ver fojas 94 del expediente judicial y 147 del expediente administrativo).

Por otro lado, se observa la Vista Número 868 de dieciséis (16) de agosto de dos mil diecinueve (2019), con la cual la Procuraduría de la Administración presentó sus alegatos de conclusión, reiterando su criterio de que la resolución administrativa impugnada no es ilegal (Cfr. fs. 60 a 67).

### DECISIÓN DE LA SALA

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

De una revisión del expediente se aprecia que, la parte actora pretende que se declare nula, por ilegal, la Resolución N°638-2013-S.D.G. de dieciocho (18) de abril de dos mil trece (2013), proferida por el Subdirector General de la Caja de Seguro Social, por medio de la cual se resolvió no acceder a la solicitud de reembolso de gastos de médicos, por la suma de veintidós mil diecinueve con 11/100 Balboas (B/.22,019.11), en que incurrió el asegurado **VICENTE RIVAS HERRERA** en la cirugía de cateterismo cardiaco y angioplastia coronaria, realizada en la Clínica Hospital San Fernando, así como sus actos confirmatorios; y, que se ordene el pago del mismo.

Como sustento de su pretensión, el señor **VICENTE RIVAS HERRERA** alega que inició trámite de solicitud de cateterismo cardiaco ante la Caja de Seguro Social, el día dieciséis (16) de noviembre de dos mil diez (2010), conforme fue requerido por el Doctor José Remón Varela, Intervencionista y Cardiólogo de dicha entidad, para lo cual se le dio cita los días nueve (9) de febrero, veintidós (22) de marzo, veintitrés (23) de junio y el veintiocho (28) de septiembre, todas del año dos mil once (2011), sin que pudiese cumplirse con dicho procedimiento, porque en ese momento la institución no podía prestar tal servicio.

Que para el dieciocho (18) de octubre de dos mil once (2011), aproximadamente, veinte (20) días después de la última cita concedida en la Caja de Seguro Social y que no fue atendida, su salud desmejoró notablemente debido a que se le presentó una angina inestable dos o tres veces al día, lo que conllevó a que le realizaran un

cateterismo cardiaco urgente, por parte del Doctor Javier A. González, Médico Cardiólogo e Intervencionista, de la Clínica Hospital San Fernando.

Ante ello, se advierte que el señor **VICENTE RIVAS HERRERA**, mediante Nota de fecha ocho (8) de octubre de dos mil doce (2012), recibida el quince (15) de octubre del mismo año, por la Dirección Ejecutiva de Servicios y Prestaciones de Salud, solicitó a la entidad de seguridad social el reembolso de los gastos médicos incurridos en la cirugía de cateterismo cardiaco y angioplastia coronaria, donde le colocaron 3 Stent, realizada en la Clínica Hospital San Fernando, S.A., por un monto de veintidós mil diecinueve con 11/100 Balboas (B/.22,019.11) (Cfr. F. 106 del expediente administrativo).

Observamos que, iniciados los trámites correspondientes por parte de la Caja de Seguro Social, para determinar si se accedía o no al reembolso del dinero solicitado por el petente, la Jefa del Departamento de Trámite, Control y Seguimiento de los Servicios Médicos Externos, Doctora Gianna de De La Guardia, envió la Nota N°DTCYSSME-DENSyPS-610-13 de veintiocho (28) de febrero de dos mil trece (2013), al Jefe del Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Dr.A.A.M., Doctor Baldomero González, para que conformara una Comisión Médica Especializada, integrada por tres (3) médicos especialistas, de manera que evaluaran y recomendaran sobre la viabilidad o no, de la solicitud del asegurado **VICENTE RIVAS HERRERA** (Cfr. F. 112 expediente administrativo).

Consultable de fojas 113 a 115 del expediente administrativo, consta la Nota DTCYSSME/DENSyPS-852-13 de veinticinco (25) de marzo de dos mil trece (2013), suscrita por la Doctora Lizka L. Richards, Directora Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud, dirigida a la Licenciada Emerita López Cano, Directora Ejecutiva Nacional Legal de la Caja de Seguro Social, mediante la cual remite la opinión proferida por la Comisión Médica Evaluadora del Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Metropolitano "Dr.A.A.M.", con respecto a la solicitud del señor

VICENTE RIVAS HERRERA que, a través de la Nota SdeC-CHDr.AAM/N°-013-2013 de trece (13) de marzo de dos mil trece (2013), indicó lo siguiente:

“ ...

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

‘1. ¿Diagnóstico?

**Resp.:** Angina Inestable, Cardiopatía Isquémica, Status post By pass coronario.

2. ¿Estaban indicados los procedimiento[sic] realizados en la patología del paciente Sí o No. Explique.

**Resp.:** Sí estaban indicados los procedimientos.

3. ¿Si la institución podía prestar este Servicio en sus instalaciones?

**Resp.:** Sí, la institución podía prestar este servicio.

4. ¿Si se le dio autorización previa para atenderse en clínica privada?

**Resp.:** No hay constancia de autorización previa por la Caja de Seguro Social para atenderse en clínica privada.

5. ¿Si se trata de una urgencia vital?

**Resp.:** Sí se trata de una urgencia vital...’

A pesar de catalogarse como urgencia vital la Institución podría brindar este Servicio en sus instalaciones, pero se tomó la decisión unilateral de atenderse en clínica privada, sin que mediara autorización de la Caja de Seguro Social.

La Ley 51 de diciembre de 2005, en su artículo 70 dice: **Prohibición de Externalizar Servicios:** Queda explícitamente prohibida la adquisición de aquellos servicios que la Caja de Seguro Social se provee a sí misma y a los asegurados de manera normal, salvo en los casos en que la Institución se encuentre temporalmente imposibilitada. En esta última circunstancia, las autoridades de la Caja de Seguro Social estarán obligadas a acelerar los procedimientos que permitan eliminar lo más rápidamente posible la adquisición externa de dichos servicios.

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

Con fundamento en lo señalado, el Subdirector General de la Caja de Seguro Social, en ejercicio de las facultades delegadas mediante la Resolución N°566-2010-D.G. de 5 de julio de 2010, resolvió NO ACCEDER a la solicitud de reembolso presentada por el accionante, por medio de la Resolución N°638-2013-S.D.G. de dieciocho (18) de abril de dos mil trece (2013), contra la cual el afectado interpuso Recurso de Reconsideración que fue resuelto, a través de la Resolución No.061-2014-S.D.G. de trece (13) de enero de dos mil catorce (2014); y, posteriormente, interpuso Recurso de Apelación, el cual fue decidido mediante Resolución N°50,770-2017-J.D. de siete (7) de febrero de dos mil diecisiete (2017), emitida por la Junta Directiva de

la Caja de Seguro Social, por medio de la cual se decidió confirmar, en todas sus partes, la decisión de no acceder a la solicitud de reembolso de gastos médicos presentada por **VICENTE RIVAS HERRERA**, agotándose con ello la vía gubernativa.

Antes de proceder con la decisión de fondo de la causa que nos ocupa, estimamos necesario exponer algunas consideraciones, en torno al tema objeto de análisis.

El derecho a la Salud y a la Seguridad Social, conforme lo establece nuestra Constitución Nacional, en los artículos 109 y ss., se ve materializada mediante los centros e instituciones que integran el sector salud, los cuales prestan el servicio público de salud, a través de sus propias estructuras.

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

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

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

**“Artículo 47.** Las Prestaciones dispensadas dentro del país por instituciones ajenas a la Caja, sólo se brindarán por ausencia

temporal o absoluta del servicio, cuando la demanda supere la capacidad y estos sean estrictamente necesarios para la atención.”

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

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

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

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

Así mismo, el compendio normativo establece que el reembolso de gastos médicos se hará efectivo en **casos de urgencia o emergencia y se compruebe que el asegurado no pudo obtener previamente la autorización de la Institución**, sin perjuicio de lo que contempla Ley N°16 de 31 de julio de 1986 (por la cual se dictan normas para garantizar la asistencia médica de urgencia a las personas que se encuentran en grave peligro de muerte); y, que en tal supuesto, la Dirección Ejecutiva Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud, procederá a conformar una Comisión Médica Evaluadora, 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.

Lo anterior evidencia que la solicitud de autorización resulta ser un trámite de carácter instrumental y que la aprobación o no del reembolso de los gastos totales o parciales en que incurra el paciente, que deben ser asumidos por la Caja de Seguro Social, dependerá de la **evaluación que, en cuanto al diagnóstico, urgencia y existencia de tratamiento o servicio en dicha entidad**, establezca la Comisión que la norma señala, **aun cuando sean posterior a la fecha del tratamiento recibido**.

De manera que, ante una situación de urgencia vital, el precepto reglamentario precitado, hace justificable la utilización de medios o recursos ajenos a los ofrecidos por la Caja de Seguro Social y la viabilidad del reembolso de gastos médicos incurridos en ellos.

Ahora bien, con base en las normas citadas y luego de un examen de las motivaciones bajo las cuales la entidad administrativa basó la decisión objeto de impugnación, el material probatorio que reposan en el expediente judicial y administrativo, se demuestra que el señor **VICENTE RIVAS HERRERA** sí mantenía una grave lesión cardíaca que conllevó a que la institución de seguridad social le practicara una cirugía de bypass coronario, con el objetivo de aliviar los síntomas de la enfermedad, pero al evolucionar la enfermedad, el médico tratante solicitó que se le practicara un cateterismo cardíaco.

Que para el procedimiento señalado el asegurado solicitó varias citas, entre los meses de febrero a septiembre del año 2011, las cuales fueron pospuestas, porque en ese momento la institución no podía prestar tal servicio, lo cual se deduce de lo manifestado en la Nota CHDRAAM/SdeC-Nota N°216-2022 de cuatro (4) de mayo de dos mil veintidós (2022), suscrita por el Dr. José G. López B., Jefe del Servicio de Cardiología, en la cual indicó que *"Luego de realizada la investigación en la bitácora de mantenimiento del Laboratorio de Hemodinámica, específicamente sala 2 que se utiliza para los procedimientos de cateterismos, **estaba presentando problemas de funcionamiento desde mayo hasta noviembre de 2011, por tanto los estudios estaban limitados**"* (Énfasis de la Sala) (Cfr. Foja 147 del expediente administrativo).

La falta de una atención o servicio oportuno, por parte de la entidad demandada, provocó que la salud del demandante se viera tan afectada al punto que, el dieciocho (18) de octubre de dos mil once (2011), en la Clínica Hospital San Fernando, se le practicó una cirugía de cateterismo cardiaco. Por lo que, el día quince (15) de octubre de dos mil doce (2012), el señor **VICENTE RIVAS HERRERA** presentó la solicitud de reembolso de los gastos médicos incurridos en la cirugía, dentro de los doce (12) meses siguientes al hecho, tal como lo establece el artículo 78 del Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud de la Caja de Seguro Social.

En virtud de la petición señalada y de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 77 lex cit, la Comisión Médica Evaluadora del Servicio de Cardiología, mediante la Nota SdeC-CHDr.AAM/N°-013-2013 de trece (13) de marzo de dos mil trece (2013), valoró la condición médica de **VICENTE RIVAS HERRERA** y determinó que mantenía un diagnóstico de "*Angina Inestable, Cardiopatía Isquémica y Status post By pass coronario*" y que **sí se trataba de una urgencia vital**, a pesar de indicar que los procedimientos que debían realizarse al paciente, podían ser prestados por la institución y que no había constancia de una autorización previa por la Caja de Seguro Social para atenderse en una clínica privada.

Ahora bien, en este punto del análisis, consideramos necesario aclarar qué debemos entender por urgencia vital, para mantener un criterio más clarificador.

De acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española, **urgencia** es la "necesidad o falta apremiante de algo" y **vital** refiere a lo "propio de la vida o que está relacionado con ella; que es tan importante o necesario que resulta imprescindible para algo".

De las acepciones anteriores se puede deducir que, una urgencia vital alude a una condición médica que implica riesgo de muerte o bien una secuela funcional grave para el paciente, en el evento de no recibir una atención médica inmediata; supuestos en los cuales la intervención o asistencia médica resulta indispensable e impostergable para preservar la vida de una persona.

En estos casos, *“la necesidad de asistencia es tan apremiante que no admite retardo alguno, es decir, no se dispone del tiempo necesario para acudir a los servicios públicos de salud por circunstancias tales como el alejamiento geográfico, la tardanza en la prestación de la atención sanitaria o el hecho de que el servicio en cuestión no está en condiciones de prestarla”*. (Rodríguez-Rico Roldán, Victoria, La Urgencia vital en el reintegro de gastos médicos. Régimen jurídico y requisitos; STS-Sala de lo Social, de 31 de enero de 2012, Temas Laborales, núm. 121/2013, pág. 209).

Y, como vemos, así lo reconoce la propia Caja de Seguro Social al indicar, en la evaluación de la condición clínica del demandante citada en líneas anteriores, que se trataba de una urgencia vital, lo que sumado a la imposibilidad de recibir el tratamiento adecuado a su cuadro clínico, de manera oportuna, debido al retraso por el mal funcionamiento de dicho procedimiento, que persistía dentro de la entidad de seguridad social al momento en que se complicó la salud del demandante (mayo a noviembre de 2011), conllevó a la adquisición de servicios médicos externos privados, para preservar la supervivencia del asegurado, condiciones que permiten colegir que el señor **VICENTE RIVAS HERRERA** cumplió con los requisitos contenidos en el artículo 70 de la Ley N°51 de 27 de diciembre de 2005 y el artículo 76 del Reglamento de Prestaciones y Servicios en Salud de la Caja de Seguro Social y, por tanto, la institución tenía el deber de cubrir la atención médica recibida por el asegurado, accediendo al reembolso requerido.

Por las consideraciones expuestas, este Tribunal concluye que se encuentra acreditada la infracción de los artículos 2 y 70 de la Ley N°51 de 27 de diciembre de 2005, de manera que lo procedente es acceder a la pretensión del accionante.

En consecuencia, la **CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA TERCERA DE LO CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVO**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley, **DECLARA QUE ES NULA, POR ILEGAL**, la Resolución N°638-2013-S.D.G. de dieciocho (18) de abril de dos mil trece (2013),

emitida por el Subdirector General de la Caja de Seguro Social, así como sus actos confirmatorios; y, en consecuencia, **ORDENA** al Director General de la Caja de Seguro Social acceder a la solicitud de reembolso presentada por el señor **VICENTE RIVAS HERRERA**, por la suma de **veintidós mil diecinueve con 11/100 Balboas (B/.22,019.11)**, en concepto de gastos médicos en que incurrió el demandante, en la cirugía de cateterismo cardiaco y angioplastia coronaria realizada en la Clínica Hospital San Fernando.

**Notifíquese y Cúmplase,**

  
**CECILIO CEDALISE RIQUELME**  
 MAGISTRADO

  
**MARÍA CRISTINA CHEN STANZIOLA**  
 MAGISTRADA

  
**CARLOS ALBERTO VÁSQUEZ REYES**  
 MAGISTRADO

**CON SALVAMENTO  
 DE VOTO**

  
**KATIA ROSAS**  
 SECRETARIA

**SALA III DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA**

NOTIFIQUESE HOY 8 DE mayo

DE 20 23 A LAS 8:47 DE LA mañana

A Procurador de la Administración

  
 FIRMA

En la Sala Tercera de la Corte Suprema de Justicia,  
Para notificar a los interesados de la resolución que antecede,

se ha fijado el Edicto No. 789 en lugar visible de la

Secretaría a las 4:00 de la tarde

de hoy 3 de marzo de 2023

  
EL Secretario (a) Judicial

SALA TERCERA DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

NOTIFICASE HOY DE

A LAS DE LA

DE 20

FIRMA

**SALVAMENTO DE VOTO DE LA MAGISTRADA**

**MARÍA CRISTINA CHEN STANZIOLA**

Con el respeto que me caracteriza debo señalar que no estoy de acuerdo con la decisión adoptada por la mayoría, toda vez que, a mi juicio, la Resolución No. 638-2013-S.D.G. de 18 de abril de 2013, emitida por el Subdirector General de la Caja de Seguro Social no es ilegal, pues la parte actora no cumple con los requisitos para el reembolso de gastos médicos que establece el artículo 76 de la Ley N°51 de 27 de diciembre de 2005, al no haber acreditado la parte actora que no pudo obtener previamente la autorización de la Institución para realizarse el procedimiento quirúrgico al cual fue sometido.

Por las consideraciones expuestas, respetuosamente, SALVO MI VOTO.

Fecha ut supra.



**MARÍA CRISTINA CHEN STANZIOLA**  
Magistrada



**KATIA ROSAS**  
Secretaria

**EXp.329-17**

(3)

2