

CAJA DE SEGURO SOCIAL

REGLAMENTO DE PRESTACIONES MEDICAS

SECRETARIA GENERAL

# I N D I C E

			<u>Página</u>
TITULO	I	Disposiciones Generales	1
TITULO	II	Del Riesgo de Enfermedad	6
CAPITULO	I	De los Asegurados	6
CAPITULO	II	De los Familiares Dependientes Inmediatos de los Asegurados	9
CAPITULO	III	De los Pensionados de la Caja de Seguro Social y de los Jubilados del Estado	12
TITULO	III	Del Riesgo de Maternidad	14
CAPITULO	I	De las Aseguradas	14
TITULO	IV	De los Certificados Médicos de Inca- pacidad Temporal	17
TITULO	V	De los Servicios fuera de la Institu- ción.	20
CAPITULO	I	De los Servicios proporcionados den- tro del País por Instituciones o Personas ajenas a la Caja	20
CAPITULO	II	De los Servicios proporcionados fuera del País	23

REGLAMENTO DE PRESTACIONES MEDICAS DE LA  
CAJA DE SEGURO SOCIAL DE LA REPUBLICA DE PANAMA

TITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º.- Las prestaciones por los riesgos de enfermedad y maternidad se darán en los establecimientos de propiedad de la Caja o en los públicos o privados con los que ésta hubiere contratado o autorizado para tal efecto.

Artículo 2º.- Los asegurados tendrán derecho a la libre elección de médicos, obstetras, odontólogos, optometristas y quiroprácticos, entre los funcionarios al servicio de la Institución. No obstante, la Caja autorizará el reconocimiento de algunos servicios médicos fuera de la Institución en casos ambulatorios y de hospitalización y en los especiales que este Reglamento señala específicamente, para los cuales se pagará una remuneración según las tarifas aprobadas por la Junta Directiva.

Parágrafo A.- En casos especiales el Director General puede autorizar pagos por sumas que sobrepasen la tarifa oficial vigente, previa recomendación del Director Médico.

Parágrafo B.- La Caja sólo autorizará estos servicios a médicos debidamente revalidados o autorizados por el Consejo Técnico de Salud Pública para el ejercicio de su profesión.

Parágrafo C.- La Caja se reserva el derecho de negar la autorización a médicos carentes de ética profesional.

Artículo 3°.- Las atenciones médicas a pacientes ambulatorios, familiares dependientes inmediatos, pensionados de la Caja a jubilados del Estado, se darán en las Policlínicas del Seguro Social o por aquellas Instituciones o personas que la Caja hubiere contratado para tal efecto.

Artículo 4°.- La Caja podrá otorgar prestaciones médicas a personas no aseguradas cuando dichas prestaciones, según dictamen médico, no puedan ser otorgadas en las instalaciones del Ministerio de Salud o en las privadas sino únicamente en las de la Caja de Seguro Social. En estos casos, las personas no aseguradas o sus fiadores deben pagar a la Caja los servicios recibidos, cuyo costo será determinado por la Comisión de Prestaciones.

Sin embargo, el Director General podrá exonerar dicho pago o cargarlo al Estado cuando las condiciones socio-económicas del paciente así lo aconsejen. (1)

Artículo 5°.- Las prestaciones médicas se darán solamente dentro de los límites del territorio nacional, con las excepciones expresamente establecidas en este Reglamento.

Artículo 6°.- Sólo se despacharán las prescripciones farmacéuticas de productos incluidos en el Formulario Médico de la Caja de Seguro Social, que esté vigente.

Artículo 7°.- Los servicios auxiliares de diagnósticos y tratamiento se prestarán en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, o mediante arreglos con Salud Pública en sus Hospitales, o por medio de las entidades o personas con las que la Caja haga Convenios al respecto, cuando no disponga de medios propios.

Artículo 8°.- Los pacientes hospitalizados que rehusen seguir las prescripciones facultativas serán dados de alta, previa firma del documento "exoneración de responsabilidades".

---

(1) Nuevo texto del ARTICULO 4°, después de haber sido modificado por la Junta Directiva en los dos debates reglamentarios. Primer debate: 11 de agosto de 1970.  
Segundo debate: 25 de agosto de 1970.  
(Véase texto original en ANEXO 2).

Si el paciente se negare a firmar dicha exoneración, los funcionarios responsables del Hospital lo anotarán en el expediente clínico correspondiente.

Artículo 8-A: Las personas, aseguradas o no, que ingresen a cualquier dependencia de salud bajo la administración de la Caja de Seguro Social, están sujetos a todas las disposiciones de carácter administrativo y médicas establecidas por la Institución, así como también deberán someterse a todos los tratamientos médicos que los facultativos consideren necesarios para el restablecimiento de su salud. Esta disposición es de aplicación general a todos los pacientes, por lo que no pueden hacerse excepciones al respecto, bajo ningún concepto (Ver. Art. 42-A).

Artículo 9: En caso de intento de suicidio, o sospecha del mismo, debe anotarse en el expediente clínico dicha circunstancia y notificarse el caso a las autoridades competentes.

Artículo 10: Toda muerte imputable a acto delictivo debe ser notificada a la autoridad competente para efectos de la autopsia médico-legal correspondiente.

Artículo 11: Los asegurados o sus familiares están obligados a proporcionar la sangre necesaria para el tratamiento del paciente. En caso de suma urgencia la Caja suministrará la sangre necesaria y el paciente o sus familiares estarán obligados a restituirla.

Artículo 12: La atención de los pacientes de la Guardia Nacional, cuando se hagan en los servicios ajenos a la Institución, se regularán de acuerdo con las instrucciones que al respecto dicte el Director General.

Artículo 13: En casos de rigurosa y calificada urgencia, y cuando los médicos de la Institución determinen que el asegurado tenga que ser trasladado dentro del territorio nacional, los gastos de transporte correrán por cuenta de la Caja.

Artículo 14: En todos los casos en que los asegurados o sus familiares dependientes inmediatos y los pensionados por invalidez solicitan cualquier servicio de la Caja de Seguro Social, deberán presentar su Tarjeta de Identidad y su Ficha de comprobación del Derecho, ambos documentos expedidos por la Institución.

(NOTA: El Artículo 8-A) Fue aprobado en la sesión del 20 de septiembre de 1979) Segundo Debate al nuevo Artículo del Reglamento de Prestaciones Médicas).

Parágrafo.- Los pensionados por vejez de la Caja y los jubilados del Estado, sólo deberán presentar su Tarjeta de Identidad para dichos efectos.

Artículo 15.- Los casos de extrema urgencia se atenderán inmediatamente sin los requisitos a que se refiere el artículo anterior, y después de la atención se obtendrá la información necesaria para comprobar el derecho.

Parágrafo.- Si se comprueba que el paciente atendido no tenía derecho a la atención proporcionada y existía la obligación legal de asegurarlo, el patrono correrá con los gastos ocasionados y pagará, además, las cuotas adeudadas y las multas a que haya lugar. En caso contrario, el Departamento de Servicio Social determinará la condición socio-económica del paciente para cobrarle los gastos ocasionados, si es del caso.

Artículo 16.- Los casos de embarazos y partos patológicos se atenderán con cargo al Riesgo de Enfermedad, a partir de la constatación del estado mórbido.

El subsidio que se otorgase<sup>a</sup> la asegurada se cargará también a este riesgo.

Artículo 17.- El aborto intencional y las operaciones anticoncepcionales no dan derecho a prestaciones en dinero.

Artículo 18.- En casos de urgencia y cuando se compruebe que el asegurado no pudo obtener debidamente las órdenes de la Caja de Seguro Social, o cuando se hospitalice en un lugar donde la Caja no tenga arreglo alguno con esos hospitales, se au-

torizará el reembolso hasta la concurrencia de las tarifas aprobadas por la Junta Directiva.

Artículo 19.- La Caja de Seguro Social no suministrará en el Riesgo de Enfermedad ojos de vidrio, anteojos, jeringas ni jeringuillas. Los aparatos ortopédicos u otros implementos necesarios para el restablecimiento del paciente serán suministrados previa recomendación de la Dirección Médica, según las instrucciones del Director General.

Parágrafo.- Los materiales de curación se usarán en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, pero no se entregarán a los asegurados para uso en casa, salvo los casos autorizados por la Dirección Médica.

Artículo 20.- La Junta Directiva autorizará operaciones de cirugía plástica cuando sean necesarios para restaurar la función fisiológica de algún miembro u órgano, o para corregir desfiguraciones que impidan el desarrollo de la vida normal del asegurado, a juicio de la Comisión de Prestaciones, previa recomendación de la Dirección Médica.-

## TITULO II

### DEL RIESGO DE ENFERMEDAD

#### CAPITULO I

##### De los Asegurados

Artículo 21.- En el Riesgo de Enfermedad, el asegurado tiene derecho a las siguientes prestaciones:

- 1) Atención médica, quirúrgica, farmacéutica, dental y de hospitalización que sean necesarias desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo máximo de 6 meses prorrogables para una misma enfermedad en aquellos casos individuales en que así lo acuerde la Comisión de Prestaciones, en razón de opinión médica comprobada y documentada;
- 2) Un subsidio en dinero que se pagará cuando la enfermedad produzca incapacidad temporal para el trabajo. Este subsidio se pagará hasta por veintiseis (26) semanas, para una misma enfermedad, que en casos calificados podrán prorrogarse hasta por un máximo de un (1) año en total, por acuerdo de la Comisión de Prestaciones y previo informe de la Dirección Médica.

Artículo 22.- Tiene derecho a recibir las prestaciones médicas por riesgo de enfermedad, el asegurado que esté pagando cuotas y tenga acreditadas, por lo menos, dos (2) cotizaciones mensuales en los cuatro (4) meses inmediatos anteriores a la solicitud.

Artículo 23.- El asegurado que haya suspendido el pago de cuotas por cesantía, mantendrá el derecho a recibir las prestaciones a que se refiere el artículo anterior, durante los tres (3) meses que siguen inmediatamente a la última cuota pagada.

Artículo 24.- Los certificados médicos de incapacidad dan derecho al asegurado en los casos de enfermedad, a recibir un subsidio en dinero equivalente al 60% del salario medio diario sobre el cual hubiere pagado durante los dos (2) meses anteriores a la incapacidad, siempre y cuando tenga acreditadas un mínimo de seis (6) cotizaciones en los últimos nueve (9) meses calendarios, y no desempeñe ningún trabajo remunerado (Art. 42-C Ley Orgánica).

Artículo 25.- La Caja pagará el subsidio de incapacidad temporal por enfermedad, así:

- a) Cuando el asegurado haya agotado el fondo de licencia por enfermedad a cargo del patrono, o no tenga derecho al mismo, la Caja pagará el subsidio al 4º día de iniciación de la incapacidad;
- b) Si al iniciarse la incapacidad el asegurado tiene en fondo 3 ó más días de licencia por enfermedad a cargo del patrono, la Caja pagará el subsidio al día siguiente después de haberse agotado dicho fondo;
- c) Si al iniciarse la incapacidad el asegurado tiene en fondo menos de tres (3) días de licencia por enfermedad a cargo del patrono, la Caja pagará el subsidio a partir del 4º día de iniciación de la incapacidad.

Artículo 26.- El asegurado que esté recibiendo subsidio de incapacidad temporal por enfermedad mantendrá su derecho a los servicios médicos durante todo el período del subsidio.

Artículo 27.- Se suspenderá el pago del subsidio de incapacidad temporal por enfermedad, cuando el asegurado no acepte, infrinja o abandone el tratamiento prescrito, o cuando, a pesar de habersele ordenado reposo, se comprobare que estu-

viere trabajando. Las prestaciones se reanudarán en cuanto el asegurado acate el tratamiento prescrito, pero no habrá lugar al reintegro en dinero por concepto de los subsidios que fueron suspendidos.

Artículo 28.- La Comisión de Tisiólogos de la Caja determinará si se justifica la hospitalización del tratamiento y salida de los mismos.

Artículo 29.- El servicio dental de la Caja de Seguro Social se presta en las Clínicas Dentales de la Institución y consiste en extracciones, calzas de porcelana o de plata, cirugía dental, profilaxis, tratamientos de periodoncia, endodoncia, correcciones de trauma y radiografías dentales.

Artículo 30.- Cuando los asegurados sean atendidos por dentistas no funcionarios de la Caja, en los lugares donde no haya servicios dentales propios, la Institución regulará las prestaciones en cuestión, mediante las instrucciones pertinentes del Director General.

ARTICULO 30-A.- La Caja de Seguro Social asumirá los gastos en que incurran los asegurados del Interior de la República y sus respectivos beneficiarios cuando deban trasladarse a otros centros de salud de la Caja en la capital en demanda de atención médica especializada, o en su defecto, a Instituciones de Salud Pública o privada, en el supuesto de que la Caja no pudiese prestar el servicio requerido, previa recomendación del Director Médico de la Agencia.

Igualmente la Caja asumirá los gastos del acompa-

ñante, cuando la naturaleza de la enfermedad del asegurado requiera su asistencia.

PARAGRAFO:- Por gastos debe entenderse los que ocasionen la alimentación, hospedaje y transporte de ida y vuelta.

Gastos de pasaje, alimentación y hospedaje:

- 1°.- Valor del pasaje desde el lugar de su residencia hasta la capital, y regreso;
- 2 - Alimentación: Cuatro Balboas (B/4.00) diarios;
- 3.- Hospedaje: Seis Balboas (B/6.00) diarios cuando las circunstancias así lo exijan.

La misma tarifa regirá para el acompañante. (\*)

(\*) Art. 30-A , Nuevo Artículo; adición aprobada por la Junta Directiva en la sesión del 17 de agosto de 1971.-

## CAPITULO II

De los Familiares Dependientes Inmediatos  
de los Asegurados.

Artículo 31.- Se darán a la esposa del asegurado, a los hijos menores de seis (6) años y al esposo inválido de la asegurada, las siguientes prestaciones médicas por el Riesgo de Enfermedad:

- 1) Consultas
- 2) Tratamientos a pacientes ambulatorios
- 3) Servicios Auxiliares de diagnóstico
- 4) Medicamentos y
- 5) Atención Dental (1)

Parágrafo A.- Todos estos servicios serán prestados en las instalaciones de la Caja de Seguro Social por los médicos funcionarios de la Institución.

Los servicios auxiliares de diagnóstico para enfermedades cardiovasculares congénitas pueden prestarse en el Hospital General, siempre que no sea por un período mayor de cuarenta y ocho (48) horas. (2)

Parágrafo B.- La atención médica se prestará en caso de una misma enfermedad hasta por un máximo de diez (10) semanas. En casos especiales la Comisión de Prestaciones autorizará

---

(1) Adición aprobada por la Junta Directiva en la sesión de 13 de abril de 1964. (Véase texto original en ANEXO 2)

(2) Adición aprobada por la Junta Directiva en la sesión de 28 de septiembre de 1964. (Véase texto original en ANEXO 2)

la extensión de estos servicios previo informe del Director Médico. De estos servicios queda excluido, por ahora, el tratamiento de enfermedades congénitas. (3) (Art. 41 L.O.).-

Artículo 32.- Los familiares dependientes inmediatos de los asegurados tienen derecho a recibir la atención médica en el riesgo de enfermedad mientras el asegurado, de quien dependen, esté pagando cuotas y tenga acreditadas en la Caja, por lo menos, dos (2) cuotas mensuales en los cuatro (4) meses anteriores a la solicitud de las prestaciones y los haya inscrito previamente en los registros de la Caja.

Parágrafo.- En el caso del esposo inválido de la asegurada, la Caja comprobará el estado de invalidez, previamente a la aceptación de su inscripción.

Artículo 33.- Los hijos menores de seis (6) años del asegurado, recibirán, de la Caja de Seguro Social, la atención médica preventiva contra enfermedades infectocontagiosas.

Artículo 33-A.- (4) Para atender el pago de matrícula y otros gastos escolares la Caja concederá un subsidio de escolaridad a los huérfanos de asegurados que reúnan los siguientes requisitos:

---

(3) Modificación aprobada en la sesión de 27 de noviembre de 1963. (Véase texto original en ANEXO 2).

(4) Artículo nuevo aprobado en primer debate: sesión de 27 de mayo de 1966; en segundo debate: sesión de 31 de mayo de 1966.-

1. Que no sean beneficiarios de la pensión de orfandad, ni sus madres de la de viudedad;
2. Que tengan más de 14 años y menos de 25 años de edad;
3. Que se encuentren cursando estudios con aprovechamiento en centros oficiales o particulares incorporados, de enseñanza secundaria, vocacional, de formación profesional o universitaria, y
4. Que no tengan la condición de asegurados.

Parágrafo.- La cuantía del subsidio de escolaridad será de cincuenta balboas (B/50.00) anuales, que se pagarán a la entidad educativa de que se trate, en concepto de matrícula; el saldo restante, si quedare, se entregará a quien ejerza la patria potestad sobre el huérfano menor de edad.

Artículo 33-B.- El Departamento de Pensiones y Subsidios tramitará las solicitudes hechas por el huérfano mayor de edad, o por quien ejerza la patria potestad del huérfano menor de edad, para optar por el subsidio de escolaridad.

La Comisión de Prestaciones considerará la solicitud mencionada en el párrafo anterior y recomendará al Director General la concesión del subsidio por un año. Para conceder la prórroga del mismo, el interesado deberá hacer nueva solicitud acompañando todos los documentos requeridos en el formulario respectivo. (5)

---

(5) Art. 33-B (Art. nuevo); aprobado en primer debate: sesión de 24 de mayo de 1966; en segundo debate: sesión de 27 de mayo de 1966.-

### CAPITULO III

#### De los pensionados de la Caja de Seguro Social y de los jubilados del Estado

Artículo 34.- Los pensionados por invalidez y por vejez de la Caja de Seguro Social, los jubilados del Estado y los beneficiarios de pensiones reducidas, tienen derecho a las prestaciones médicas por el Riesgo de Enfermedad, por lo cual la Caja les deducirá, del monto de sus pensiones, las cuotas correspondientes establecidas por la Ley.

Parágrafo A.- La atención médica para una misma enfermedad, a pacientes ambulatorios, se dará hasta por un máximo de dieciseis (16) semanas.

Parágrafo B.- La hospitalización se dará hasta por un máximo de sesenta (60) días al año.

Parágrafo C.- En casos de enfermedades geriátricas o de carácter crónico, la atención médica podrá darse en el domicilio del paciente, a juicio del Director Médico, sin la limitación establecida en el parágrafo A.-

Parágrafo D.- En casos especiales, la Comisión de Prestaciones podrá autorizar la prórroga de estos servicios, previo informe del Director Médico.

Parágrafo E.- En los casos de pensiones por invalidez y tratándose de la enfermedad que la produjo, los límites a la atención médica señaladas en los parágrafos A y B no tienen vigencia cuando a juicio de la Comisión Médica de Invalidez exista posibilidad de recuperación del inválido.

Artículo 35.- DEROGADO (1)

Artículo 36.- El pensionado por invalidez de la Caja debe someterse a los reconocimientos y exámenes médicos y a los tratamientos curativos y de rehabilitación que la Caja estime necesarios. La falta de acatamiento a esta disposición producirá la suspensión inmediata del pago de la pensión, mientras no cumpla con estas disposiciones.

Artículo 37.- La atención médica a los pensionados por invalidez o por vejez de la Caja de Seguro Social y a los jubilados del Estado se proporcionará en los servicios propios de la Institución. No obstante, en caso de hospitalización, la Caja podrá recurrir a servicios contratados.

Parágrafo. También podrá contratar servicios ambulatorios para este grupo, donde no haya servicios propios de la Caja.

Artículo 38.- Las personas que hayan pagado el número de cuotas que se requieren para tener derecho a una Pensión de Vejez y sean mayores de 50 años, tendrán derecho a recibir prestaciones médicas asistenciales con las limitaciones señaladas para los pensionados de la Caja de Seguro Social y jubilados del Estado, aún cuando no efectúen ninguna cotización después de alcanzar dicha edad.

Parágrafo.- Las prestaciones médicas para este grupo se darán

---

(1) La derogatoria del Artículo 35 fue aprobada por la Junta Directiva en dos debates, los días 6 y 20 de febrero de 1970.  
(Véase texto derogado en ANEXO 2).

únicamente en los casos de paro forzoso y previa comprobación de que los asegurados carezcan de medios económicos propios, (Art. 41-A.- L.O).-

### TITULO III

#### DEL RIESGO DE MATERNIDAD

#### CAPITULO I

##### De las Aseguradas

Artículo 39.- En el Riesgo de Maternidad la Caja de Seguro Social concederá a la asegurada las siguientes prestaciones:

- 1.- Asistencia obstétrica en el curso del embarazo, el parto y el puerperio, independientemente de las prestaciones asistenciales a que tiene derecho en el Riesgo de Enfermedad;
- 2.- Un subsidio de reposo por maternidad que se pagará durante las seis (6) semanas anteriores y las ocho (8) siguientes al parto.

Artículo 40.- La asegurada tendrá derecho a elegir al obstetra de entre los médicos funcionarios de la Institución. No obstante, la Caja podrá autorizar que la asegurada sea atendida fuera de la Institución. El costo de la atención se pagará según las tarifas vigentes, aprobadas por la Junta Directiva.

Artículo 41.- Para tener derecho a recibir las prestaciones médicas, por el Riesgo de Maternidad, la asegurada deberá estar cotizando y tener acreditadas en la Caja de Seguro Social, por lo menos, cuatro (4) cuotas mensuales en los ocho (8) meses anteriores a la solicitud de beneficios.

Artículo 42.- Durante el período de reposo por maternidad, la asegurada también tendrá derecho a atención médica por enfermedad.

Artículo 43.- La asegurada que tenga un mínimo de nueve (9) cuotas mensuales en los doce (12) meses anteriores al séptimo mes de gravidez, percibirá un subsidio de reposo por maternidad que se pagará durante las seis (6) semanas anteriores y las ocho (8) siguientes al parto. El monto del subsidio corresponderá al sueldo medio semanal sobre el cual hubiese cotizado los últimos nueve (9) meses.

Parágrafo A.- La asegurada deberá retirarse de su trabajo, seis (6) semanas antes de la fecha probable de parto, de acuerdo con certificado médico al respecto. El retiro del trabajo se comprobará mediante certificado patronal.

Parágrafo B.- (6) En defensa de la salud de los recién nacidos y para atender los gastos inmediatos al parto, la Caja concederá ayuda en especie y en dinero.

La ayuda en especie consistirá de leche en polvo, que se entregará a la madre asegurada o a la persona que cuide al niño, según la prescripción del médico tratante funcionario de la Caja y hasta por seis (6) meses posteriores al parto.

---

(6) Parágrafo nuevo; aprobado en primer debate: mayo 24 de 1966; aprobado en segundo debate: 27 de mayo de 1966

Al nacer el hijo, la Caja otorgará a la madre asegurada, o en su defecto a la persona que cuidará del niño, una "canastilla maternal" cuyo costo será señalado periódicamente por el Director General.

La ayuda en dinero, establecida en este parágrafo, se dará a la asegurada a quien se le disminuya el subsidio de maternidad, señalado en este artículo, por motivo de adelanto en la fecha probable del parto, señalada por el médico tratante, y será igual a la suma de dinero disminuída en el subsidio de maternidad y sujeta al reposo obligatorio de la madre.

Parágrafo C.- Las disposiciones contenidas en el PARAGRAFO anterior, entrarán a regir el 1º de julio de 1966 y no tendrán efecto retroactivo. (7)

Artículo 44.- Las pensionadas por invalidez y por vejez de la Caja de Seguro Social y las jubiladas del Estado, no tendrán derecho a las prestaciones pecuniarias por el riesgo de maternidad.

Artículo 45.- En el caso de que una asegurada esté recibiendo subsidio por enfermedad prolongada y tenga derecho al subsidio de reposo por maternidad, se le dará el subsidio más favorable.

Artículo 46.- En provecho del buen éxito del parto y de la defensa de los recién nacidos, en los casos de maternidad, las esposas de los asegurados están obligadas a someterse a las prescripciones que indique la Caja, relativas a la atención médica en los Consultorios pre-partos, post-partos y de niños.-

---

(7) PARAGRAFO nuevo: aprobado en primer debate: mayo 24 de 1966; en segundo debate: mayo 27 de 1966.-

## TITULO IV

DE LOS CERTIFICADOS MEDICOS DE INCAPACIDAD  
TEMPORAL

Artículo 47.- En los casos en que el médico funcionario autorizado para el efecto considere que un asegurado no se encuentra en condiciones para trabajar por motivo de enfermedad o maternidad, o que el reposo es indispensable para su restablecimiento, le extenderá un certificado médico de incapacidad, de acuerdo con las instrucciones que dicte el Director General.

Parágrafo A.- Este certificado sólo se extenderá a los trabajadores asegurados, con exclusión de los familiares dependientes inmediatos.

Parágrafo B.- Podrán también extenderse Certificados de Incapacidad a los pensionados de la Caja y jubilados del Estado que, acatando las disposiciones legales y reglamentarias, estén trabajando y recibiendo la pensión. Para estos grupos, los certificados sólo surtirán efectos para justificar sus ausencias al trabajo pero no para el derecho al pago de subsidios.

Artículo 48.- Para efectos de la justificación de ausencia del trabajo y pago del subsidio de enfermedad, sólo tendrán validez los certificados extendidos por los médicos funcionarios de la Institución autorizados para ello. Estos certificados serán escritos con tinta y en letra de molde. El Director Médico, o los médicos que él designe, podrán revocar estos certificados si es pertinente.

Artículo 49.- Los certificados médicos por incapacidad para el trabajo se extenderán por períodos de siete (7) días o fracción. El subsidio se pagará semanalmente hasta por un máximo de 26 semanas para una misma enfermedad. Dicho lapso podrá ampliarse hasta un (1) año en casos especiales por acuerdo de la Comisión de Prestaciones, previo informe de la Dirección Médica.

Parágrafo.- En aquellos casos de incapacidad prolongada cuya duración pueda precisarse médicamente, se podrán extender certificados por un lapso de siete (7) días.

Artículo 50.- Para el cómputo del lapso a que se refiere el artículo anterior, las recaídas se considerarán como continuación de la misma enfermedad, si se presentan dentro de los 60 días inmediatamente después de la fecha del último día de incapacidad anterior. Los casos que se presenten después de esos sesenta (60) días, para fines de dicho cómputo, se considerarán como una nueva enfermedad.

Artículo 51.- Para fines del cómputo de las veintiseis (26) o cincuenta y dos (52) semanas de autorización de subsidio, no se acumularán los lapsos subsidiados con interrupción, ocasionados por enfermedades distintas.

Artículo 52.- De conformidad con el artículo 42-D de la Ley, el asegurado no tendrá derecho al subsidio cuando su incapacidad provenga de acción intencional, toxicomanía o uso inmoderado del alcohol.

El médico deberá especificar claramente esta circunstancia en el renglón respectivo del certificado médico de in-

capacidad.

Artículo 53.- Cuando un asegurado haya agotado el fondo de licencia por enfermedad a que tiene derecho y esté incapacitado por un lapso mayor de tres (3) días, se le extenderá un certificado especial el cual deberá presentar a su patrono quien hará constar con su nombre y firma, y en los lugares que indica el certificado, los siguientes datos:

- 1.- La fecha de ingreso a la empresa;
- 2.- Los días del fondo de licencia por enfermedad a los que ha adquirido derecho y no ha hecho uso de ellos a la fecha de iniciación de la incapacidad;
- 3.- Si el asegurado prestó servicios remunerados dentro del período de incapacidad a que se refiere el certificado.

Artículo 54.- El asegurado deberá devolver a la Caja el Certificado de Incapacidad que contiene ya la información patronal a que se refiere el artículo anterior, y entregarlo con los datos que anteriormente se exigen, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la fecha en que se le extendió.

TITULO V

DE LOS SERVICIOS FUERA DE LA INSTITUCION

CAPITULO I

De los servicios proporcionados dentro del País por Instituciones o Personas ajenas a la Caja

Artículo 55.- Cuando los servicios médicos de la Caja determinen la necesidad de trasladar a un asegurado a otros centros asistenciales, la Caja recurrirá a Personas o Instituciones de Salud en territorio nacional.

Artículo 56.- Se proporcionarán tratamientos de Radium, Radioisótopos y otros, en Instituciones ajenas a la Caja, mientras ésta no tenga facilidades propias para suministrarlos. El pago de estos servicios se hará de acuerdo con las tarifas que al respecto apruebe la Junta Directiva.

Parágrafo A.- La Caja se reserva el derecho de inspeccionar y aprobar las condiciones de Personal y Equipo que se utilice en estos tratamientos.

Parágrafo B.- La Caja de Seguro Social podrá autorizar la repetición o continuación de cualquier tratamiento, previo estudio y aprobación del Director Médico.

Parágrafo C.- Para que el tratamiento con radiación ionizante sea autorizado por la Caja de Seguro Social, es necesario que el médico tratante presente al Comité de Tumores o a la Comisión de Radioisótopos, según sea el caso, los elementos

diagnósticos que comprueben la necesidad de dicho tratamiento.  
to. (8)

Artículo 57.- Las Consultas, Tratamientos y Recetas, provenientes de servicios ajenos a la Caja, serán reconocidos solamente a los asegurados de conformidad con las siguientes modalidades:

- 1.- Para un mismo asegurado, sólo se autorizará hasta tres (3) consultas en un lapso de seis (6) meses, pagándose cada consulta de acuerdo con la tarifa vigente.
- 2.- Igualmente, sólo se autorizarán para el mismo lapso, un máximo de tres (3) recetas. Cada receta no podrá contener más de tres (3) medicamentos.
- 3.- Los medicamentos que contengan las recetas no sobrepasarán cantidades mayores que las necesarias para un tratamiento de diez (10) días, salvo casos especiales autorizados por la Auditoría Médica.
- 4.- Los derechos a que se refieren los acápites 1, 2 y 3 anteriores, no tienen carácter acumulativo para los asegurados que no hayan hecho uso de ellos.
- 5.- Las recetas deberán ser escritas de puño y letra y firmadas por el médico tratante, y tendrán tres días hábiles en vigencia, a partir de la fecha de expedición.
- 6.- Los productos inyectables recetados no se entregarán al paciente, sino que serán aplicados en la Sección de Inyectables de la Caja, salvo casos especiales autorizados por el Auditor Médico.

---

(8) Este Parágrafo es adicional; aprobado por la Junta Directiva en sesión de 22 de junio de 1965. (Acta 52-65).-

Artículo 58.- Las disposiciones de los acápite 1, 2 y 6 del Artículo anterior no se aplicarán a las aseguradas en estado de gravidez. A los asegurados, pacientes de enfermedades crónicas o geriátricas, tampoco se les aplicarán las disposiciones mencionadas cuando la Sub-Dirección Médica autorice el servicio solicitado. Dichas disposiciones no se aplicarán en lugares donde la Caja de Seguro Social carezca de servicios propios (9).

Artículo 59.- En lugares donde la Caja carezca de servicios propios y haya médicos en ejercicio y farmacias privadas, la Dirección General dictará las instrucciones para el reconocimiento de dichos servicios.

Artículo 60.- Si una asegurada es atendida por Maternidad en servicios ajenos a la Caja, deberá presentar a esta Institución la constancia médica correspondiente a fin de que, con base en las disposiciones legales y reglamentarias, se le extienda el certificado de incapacidad, que justifique su ausencia en el trabajo y se le pueda dar el subsidio de maternidad a que tuviere derecho.

- o -

---

(9) Nuevo texto del Art. 58 después de haber sido modificado por la Junta Directiva, en segundo debate: sesión de 1º de julio de 1966 (Acta 54-66).-  
 (Véase texto original en ANEXO 2).

De los servicios proporcionados fuera del País

Artículo 61.- Cuando las Instituciones de Salud Pública o las privadas a que recurriese la Caja dentro del País, no pudiesen brindar los servicios requeridos, la Caja los proporcionará fuera de la República, recurriendo siempre en primer término a las Instituciones oficialmente vinculadas con ella.

Artículo 62.- Se reconocerán prestaciones médicas fuera del país:

- 1º.- A los miembros de las Misiones Diplomáticas y Consulares de Panamá en el Exterior, y
- 2º.- A los asegurados residentes en Panamá, que sean transferidos al Exterior, por recomendación de la Comisión de Prestaciones.

Artículo 63.- Los asegurados considerados en el primer acápite del artículo anterior, sólo tendrán derecho a que se les reconozca servicios de hospitalización para tratamientos y cirugía. La Caja de Seguro Social pagará el monto de la cuenta por concepto de estos servicios directamente al asegurado, previa presentación de factura de la Institución que los proporcionó, según la tarifa especial, aprobada por la Junta Directiva de la Caja.

Artículo 64.- Cuando la Caja no pudiese dar los servicios médicos requeridos, con base en lo dispuesto en el Artículo 61 de este Reglamento, la Junta Directiva, previo estudio y recomendación de la Comisión de Prestaciones, podrá autori-

zar el traslado de un asegurado fuera del país. La Caja pagará a la Institución que prestó el servicio, el total de la cuenta por concepto de hospitalización y tratamientos, según la tarifa mínima de dicha Institución. Asimismo, pagará el total de la tarifa mínima de los gastos de transporte.

Parágrafo.- El Director General, por recomendación del Director Médico, podrá autorizar el traslado de asegurados al exterior, cuando se trate de casos de extrema gravedad, e informará en estos casos a la Junta Directiva. (10)

#### DISPOSICIONES FINALES

Artículo 65.- Los casos y contingencias no previstos en este Reglamento serán resueltos de conformidad con las instrucciones que al respecto dicte el Director General.

Artículo 66.- Este Reglamento entrará en vigencia a partir de su aprobación por la Junta Directiva, en dos debates, en días distintos. Cualquier modificación ulterior que se introduzca a este Reglamento requerirá su discusión y aprobación por la Junta Directiva en dos debates diferentes, en días distintos.

---

(10) Parágrafo adicionado; aprobado por la Junta Directiva, en segundo debate, en sesión de 2 de septiembre de 1963.-

Reglamento aprobado por la Junta Directiva, en primer debate, en sesión de 27 de diciembre de 1962. (Acta 82-62).

APROBADO en segundo debate, en sesión de 31 de diciembre de 1962. (Acta 85-62)



No. \_\_\_\_\_

APARTADO 1393 PANAMA, R. DE P.

PANAMA, 10 DE AGOSTO DE 1963C I R C U L A R

PARA LOS AGENTES Y SUB-AGENTES DE LA CAJA  
DE SEGURO SOCIAL.-

Señor:

Le envío dos (2) ejemplares de las instrucciones del señor Director General, donde se desarrollan algunas disposiciones del Reglamento de Prestaciones Médicas que aprobó la Directiva a principios de este año.

Esos artículos requerían una aclaración de parte de la Dirección General, y aparece en los pliegos adjuntos.

Le ruego incorporarla al Reglamento de Prestaciones Médicas a fin de que forme parte del mismo.

Muy atentamente,

ERAIN CANDAMERO C.  
Jefe Administrativo de  
los Servicios Médicos.-

ECC/cdar

cc. Director Médico  
Director Técnico  
Secretaría General ✓  
Prestaciones Médicas  
Cuentas Profesionales  
Archivos Generales (2)

INSTRUCCIONES DEL DIRECTOR GENERAL  
EN RELACION CON EL REGLAMENTO DE  
PRESTACIONES MEDICAS .

El Director General dicta las instrucciones para concretar el procedimiento esquematizado en varios artículos del Reglamento de Prestaciones Médicas:

ARTICULO 18: Se harán reembolsos en casos de hospitalización y Cirugía cuando se compruebe que al hospitalizarse el asegurado no tuvo oportunidad, por razones de fuerza mayor, de obtener la autorización de la Caja de Seguro Social. Estos reembolsos se harán solamente en casos muy justificados. No se harán reembolsos por medicamentos, curaciones, consultas, tratamientos, radiografías, análisis de laboratorio, servicio dental, etc.

La Caja no reembolsará servicios ambulatorios, con la única excepción de los que provengan de sitios inaccesibles, por gran distancia, a los servicios de la Caja.

Cuando solicita un reembolso el asegurado debe presentar los siguientes documentos:

- 1) Tarjeta de identidad
- 2) Ficha de comprobación vigente

- 3) Diagnóstico de la enfermedad, con mención de la operación practicada, si tal es el caso.
- 4) Cuenta detallada dando se puntualicen día por día los servicios de hospitalización, medicamentos, laboratorio, Rayos X, que hayan sido recibidos durante el período de reclusión en el hospital.

En la cuenta debe hacerse mención de las partes de la anatomía humana, de las cuales se hicieron radiografías, y especificar cuántas radiografías fueron tomadas.

En referencia al laboratorio debe estar especificado qué tipo de análisis se hizo en cada caso (cuenta completa, hematocrito, glicemia, fósforo, calcio, etc.), y debe indicarse cuántos análisis se hicieron de cada clase.

No se reembolsará ninguna partida que no esté claramente especificada, ni se tomarán en cuenta apuntes manuscritos o informales. Sólo se tomarán en consideración las cuentas de hospitales, firmadas por los directores de los mismos, y cuenta de los especialistas que prestaron el ser

vicio, con la firma de ellos.

No se reembolsarán servicios que hayan tenido como fin la prevención de la maternidad o el simple mejoramiento de la apariencia física.

No se reembolsarán servicios, por una cantidad mayor que la que haya pagado el asegurado, aunque esta última sea inferior a las tarifas oficiales de la Caja.

Tampoco se reembolsarán servicios que tengan más de un (1) año de haber sido prestados, contando a partir de la fecha en que el interesado recibió esos servicios.

Antes de proceder a cualquier reembolso se procederá a comprobar si el asegurado tenía derecho a los servicios en el tiempo en que los recibió.

ARTICULO 19: Dentro del riesgo de enfermedad la Caja de Seguro Social no suministra anteojos, ojos de vidrio, ni material de curación para ser usado en casa, ni fajas, muletas, ni otros aparatos de tipo ortopédico.

No obstante en casos calificados de urgentes por el Director Médico, y previa recomendación

de este funcionario, el Director General puede ordenar la compra de aparatos de este tipo con cargo a la Sección de Rehabilitación.

ARTICULO 22: El texto de este artículo es el siguiente:

"Tiene derecho a recibir las Prestaciones Médicas, por riesgo de enfermedad, el asegurado que esté pagando cuotas y tenga acreditadas por lo menos dos (2) cotizaciones mensuales, en los cuatro (4) meses inmediatos anteriores a la solicitud".

El término "que esté pagando cuotas", debe interpretarse en el sentido de que el asegurado desempeña un cargo y el patrono pagó las cuotas, y por esa razón se encuentra activo.

Por dos (2) cotizaciones mensuales debe entenderse dos (2) meses vencidos y pagados.

Al comprobar derechos no deben computarse cuotas de meses que no han transcurrido totalmente, aún cuando las cuotas se hayan pagado por adelantado.

Al contar los cuatro (4) meses inmediatamente anteriores a la solicitud, debe partirse retrospectivamente del último mes completo

5.

transcurrido en el momento en que el asegurado se presente en demanda de servicios.

Estos mismos principios deben aplicarse cuando se trata de comprobar derechos por servicios médicos, por riesgo de maternidad, y cuando se trata de comprobar derechos a los subsidios de enfermedad.

- ARTICULO 30:a) El asegurado se dirigirá a la Agencia más cercana de la Caja de Seguro Social, por escrito o por telegrama, solicitando el servicio dental y expresando en su comunicado el número de su tarjeta de identidad y el lugar donde trabaja.
- b) Cuando se reciba esa solicitud, se tramitará sumariamente para comprobar si el asegurado tiene derecho a los servicios médicos, según lo que dispone el Artículo 22 del Reglamento de Prestaciones Médicas.
- c) Comprobado el derecho se enviará al asegurado una orden de asistencia dental y dos (2) fichas dentales, con la gráfica de la dentadura humana.
- d) Esta orden autoriza exclusivamente los siguientes servicios:

Extracciones y calzas o rellenos de porcelana y amalgama de plata.

- e) La Caja pagará a los dentistas un balboa (E/1.00) por extracción y dos balboas con cincuenta centésimos (E/.2.50) por las calzas de porcelana o amalgama de plata.
- f) Para que la Caja pague la cuenta se requiere que el asegurado firme al reverso de las fichas dentales por cada calza y por cada extracción que se le haya hecho.
- g) Los trabajos que aparezcan en la ficha dental y que no hayan sido firmados por el asegurado, no serán pagados.
- h) En cada caso atendido mediante este sistema, la Caja se reserva el derecho de comprobar los trabajos efectuados, haciendo examinar a los pacientes por Dentistas funcionarios de la Institución. Estos exámenes pueden hacerse antes o después de pagar la cuenta.
- i) Si en algún caso se comprueba que no se hicieron trabajos que fueron cobrados, se exigirá al Dentista la devolución del

dinero, se notificará a la Asociación Den  
tal, y se suspenderá toda relación con él.

- j) Los Dentistas no podrán cobrar trabajos que no hayan terminado. Pero si un asegurado se comienza un trabajo y deja de concurrir a la Clínica durante sesenta (60) días seguidos, el dentista puede cobrar la parte que terminó del trabajo, siempre que éste haya sido firmado por el asegurado al reverso de la ficha dental. Si posteriormente el asegurado regresara a terminarse el trabajo, deberá obtener una nueva orden de la Caja de Seguro Social.

ARTICULO 59: En los lugares donde la Caja no tiene servicios propios pero haya médicos en ejercicio y farmacias privadas, se prestará el servicio por medio de autorizaciones telegráficas de la Caja de Seguro Social tanto para el médico como para la farmacia de acuerdo con el siguiente procedimiento:

La Caja suministrará al médico y a la farmacia instrucciones exactas y la clave telegrá

8.

fica, y celebrará con la farmacia un contrato sobre los precios y condiciones de entrega de medicamentos y demás detalles.

Cuando el asegurado llega donde el médico, este tomará el número de Seguro Social de la tarjeta de identidad y el lugar donde haya trabajado el asegurado en los últimos dos (2) meses si se trata de enfermedad y los últimos cuatro (4) meses si se trata de maternidad.

Acto seguido atenderá al paciente y le extenderá la prescripción médica que requiera y telegrafiará a la Agencia de la Caja que esté más cercana los datos anteriores para que le autoricen la consulta.

La farmacia procederá en la misma forma que el médico tomando los datos del paciente y telegrafiará en clave a la Agencia más cercana de la Caja de Seguro dichos datos en la misma forma que el médico.

En la Agencia del Seguro Social se tramitarán sumariamente los telegramas en el sentido de comprobar si el asegurado tiene derecho a los beneficios, y se enviarán las autorizaciones al médico y a la farmacia en la misma fecha.

9.

Cuando lo permita la distancia que hay entre el lugar donde reside el asegurado y la Agencia de la Caja de Seguro Social, el Seguro puede establecer una valija para traer diariamente las recetas a la Agencia y entregar diariamente las medicinas recetadas.

  
JORGE D. POMRAS  
Director General

Panamá, 6 de agosto de 1963.

ANEXO 2

REGLAMENTO DE PRESTACIONES MEDICAS

TEXTO ORIGINAL DE LOS ARTICULOS MODIFICADOS

SECRETARIA GENERAL

## ANEXO AL REGLAMENTO DE PRESTACIONES MEDICAS

## TEXTO ORIGINAL de los ARTICULOS modificados

EL ARTICULO 31, decía así:

"Se darán a la esposa del asegurado, a los hijos menores de seis (6) años y al esposo inválido de la asegurada, las siguientes prestaciones médicas por el Riesgo de Enfermedad:

- 1) Consultas
- 2) Tratamientos a pacientes ambulatorios
- 3) Servicios Auxiliares de diagnóstico, y
- 4) Medicamentos

Véase Nota (1), pág. 9

---

El Parágrafo A, del ARTICULO 31, decía así:

"Todos estos servicios serán prestados en las instalaciones de la Caja de Seguro Social por los médicos funcionarios de la Institución."

Véase Nota (2), pág. 9

---

El Parágrafo B, del ARTICULO 31, decía así:

"La atención médica se prestará en caso de una misma enfermedad hasta por un máximo de diez (10) semanas. En casos especiales la Comisión de Prestaciones autorizará la extensión de estos servicios previo informe del Director Médico. De estos servicios queda excluido, por ahora, el tratamiento de enfermedades congénitas y de la tuberculosis."

Véase Nota (3), pág. 10

---

El ARTICULO 35, decía así:

"Los pensionados y jubilados mencionados en el Artículo anterior no tienen derecho a la prestación pecuniaria por el Riesgo de Enfermedad. Sus familiares dependientes inmediatos no tienen derecho a las prestaciones de este riesgo."

Véase Nota (1), pág. 13

---

El ARTICULO 43, decía así:

"La asegurada que tenga un mínimo de nueve (9) cuotas mensuales en los doce (12) meses anteriores al séptimo mes de gravidez, percibirá un subsidio de reposo por maternidad que se pagará durante las seis (6) semanas anteriores y las ocho (8) siguientes al parto. El monto del subsidio corresponderá al sueldo medio semanal sobre el cual hubiese cotizado los últimos nueve (9) meses.

Parágrafo A.- La asegurada deberá retirarse de su trabajo, seis (6) semanas antes de la fecha probable de parto, de acuerdo con certificado médico al respecto. El retiro del trabajo se comprobará mediante certificado patronal."

*Véanse Notas (6) y (7) en págs. 15 y 16, respectivamente.*

---

El ARTICULO 56, decía así:

"Se proporcionarán tratamientos de Radium, Radio-isótopos y otros, en Instituciones ajenas a la Caja, mientras ésta no tenga facilidades propias para suministrarlos. El pago de estos servicios se hará de acuerdo con las tarifas que al respecto apruebe la Junta Directiva."

Parágrafo A.- La Caja se reserva el derecho de inspeccionar y aprobar las condiciones de Personal y Equipo que se utilice en estos tratamientos."

Parágrafo B.- La Caja de Seguro Social podrá autorizar la repetición o continuación de cualquier tratamiento, previo estudio y aprobación del Director Médico."

*Véase Nota (8), pág. 21*

---

El ARTICULO 58, decía así:

"Las disposiciones de los acápites 1, 2 y 6, del artículo anterior no se aplicarán en lugares donde la Caja de Seguro Social carezca de servicios propios."

*Véase Nota (9), pág. 22*

---

El ARTICULO 64, decía así:

"Cuando la Caja no pudiese dar los servicios médicos requeridos, con base en lo dispuesto en el Artículo 61 de este Reglamento, la Jun-

ta Directiva, previo estudio y recomendación de la Comisión de Prestaciones, podrá autorizar el traslado de un asegurado fuera del país. La Caja pagará a la Institución que prestó el servicio el total de la cuenta por concepto de hospitalización y tratamientos, según la tarifa mínima de dicha Institución. Asimismo, pagará el total de la tarifa mínima de los gastos de transporte."

Véase Nota (10), pág. 24

---

El ARTICULO 4°, decía así:

"No serán atendidos por el Seguro Social los casos de accidentes de trabajo ni enfermedades profesionales. Las prestaciones en estos casos estarán a cargo del patrono, de acuerdo con lo que al respecto establece el Código de Trabajo. Cuando sean atendidos por razones de urgencia o información indebida, el patrón estará obligado a pagar el valor íntegro de los servicios prestados."

Véase Nota (1), pág. 2

---

