

- h) Fotocopia autenticada del pasaporte, a nombre del peticionario, donde se acredita su nacionalidad
- i) Copia de la Resolución No 346 del 26 de agosto de 1999, expedida por el Tribunal Electoral
- j) Informe rendido por el Director de Migración, donde indica que el peticionario cumple con lo preceptuado en el Artículo 7 de la Ley 7 del 14 de marzo de 1980

REF: JOSE ARIEL ARENAS MONTERROSAS  
NAC: MEXICANA  
CED: E-8-74432

Y en virtud de que se han cumplido todas las disposiciones constitucionales y legales que rigen sobre la materia

#### RESUELVE

EXPEDIR CARTA DE NATURALEZA a favor de JOSE ARIEL ARENAS MONTERROSAS

REGISTRESE Y COMUNIQUESE

MIREYA MOSCOSO  
Presidenta de la República

WINSTON SPADAFORA F.  
Ministro de Gobierno y Justicia

---

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
RESOLUCION Nº 18,153-99-J.D  
(De 28 de octubre de 1999)

LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL  
en uso de sus facultades legales establecidas en el Decreto  
Ley No. 14 de 27 de agosto de 1954, modificado por la Ley  
No. 30 de 26 de diciembre de 1991,

#### CONSIDERANDO:

Que la experiencia en cuanto al comportamiento de los traslados al exterior, específicamente los montos que involucran, hizo evidente la necesidad de dictar un reglamento que complementara el Procedimiento para los Traslados al Exterior, contenido en los Capítulos II y III del Reglamento de Prestaciones Médicas;

Que la Junta Directiva designó a la Comisión de Traslado al Exterior dicha función;

Que la Comisión de Traslado al Exterior efectuó diversas reuniones en las que se asesoró con los funcionarios que guardan relación con este tema para

conocer la experiencia obtenida a través de los años con el envío de pacientes al exterior, finalmente sometió a la consideración del Pleno el proyecto de Reglamento sobre Prestaciones Médicas Dispensadas en Instituciones en el Exterior Cuando No Se Brinden en Panamá.

Que dicho documento fue debidamente analizado por el Pleno y aprobado en primer debate el 22 de junio de 1999.

#### RESUELVE :

Aprobar en segundo debate el Reglamento sobre Prestaciones Médicas Dispensadas en Instituciones en el Exterior Cuando No Se Brinden en Panamá.

**Fundamento de Derecho:** Artículo 17 acápites a) y b) de la Ley Organica de la Caja de Seguro Social.

**Notifíquese y Cúmplase.**

PROF. RAFAEL MEDINA  
Presidente de la Junta Directiva

DR. ROLANDO VILLALAZ  
Secretario General

### **REGLAMENTO SOBRE PRESTACIONES MEDICAS DISPENSADAS EN INSTITUCIONES EN EL EXTERIOR CUANDO NO SE BRINDEN EN PANAMA**

#### **CAPITULO I**

#### **DISPOSICIONES GENERALES**

Para el riesgo de enfermedad, la Caja de Seguro Social brindará a los asegurados y beneficiarios las prestaciones médicas descritas en el literal a) del Artículo 39 del Decreto Ley 14 de 27 de agosto de 1954, y demás disposiciones legales complementarias, dentro de sus instalaciones, o mediante instituciones, entidades o personas contratadas para esos efectos.

La Caja de Seguro Social podrá, excepcionalmente, brindar ciertos servicios especializados en instalaciones o instituciones públicas o privadas ubicadas fuera del territorio nacional, cuando se haya comprobado previamente que no sea posible suministrarlos en las instalaciones de la Caja de Seguro Social, dentro de las restricciones que sobre extensión, límite y modalidades se establece en el presente reglamento, y cuando los mismos resulten menos onerosos que los que puedan costar las instalaciones privadas especializadas ubicadas dentro del territorio nacional.

**ARTICULO 1°:** Los asegurados y beneficiarios que requieran atención médica que no pueda ser proporcionada por la Caja de Seguro Social u otra institución pública o privada dentro del territorio nacional, y que se acogen a este reglamento, deberán cumplir con el procedimiento para el trámite de traslado al exterior, como condición obligatoria para el reconocimiento de algunos gastos que implique dicho traslado y tratamiento.

La Caja de Seguro Social podrá recurrir, para la dispensación de estos servicios, a instituciones públicas o privadas de reconocido prestigio, eficiencia y experiencia, en el exterior, de conformidad con los registros e informaciones que sobre el particular recabe la institución a nivel nacional o internacional, especialmente con aquellas con las que se haya suscrito convenio bilateral.

El asegurado o beneficiario que califique para ser trasladado al exterior, deberá declarar los ingresos que otros le otorguen como apoyo para esta eventualidad y que contribuyan como parte de los gastos para su viaje y atención.

**ARTICULO 2°:** Los beneficios excepcionales que reconoce la Caja de Seguro Social a asegurados, a través del Reglamento de Traslado de Pacientes al Exterior, comprende a las víctimas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales reguladas por el Decreto de Gabinete No.68 de 31 de marzo de 1970.

**ARTICULO 3°:** La Caja de Seguro Social reconocerá el gasto hasta por la suma de veinticinco mil balboas (B/.25,000.00), por las prestaciones médicas recibidas en el exterior, a los pacientes que hayan sido trasladados para atención médica especializada, después de cumplir con todos los requisitos, establecidos en el presente reglamento; suma que incluirá todos los gastos que se produzcan con ocasión al traslado del paciente y el de su acompañante, cuando esto último sea requerido por el médico tratante.

En caso de que el paciente esté cubierto por un seguro privado la Institución solamente cubrirá el deducible exigido por la aseguradora privada, monto que nunca será mayor a la suma de veinticinco mil balboas (B/.25,000.00).

**ARTICULO 4°:** En caso de deceso de un asegurado en el extranjero y 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 la Institución.

**ARTICULO 5°** Si es aplicable el reconocimiento de gastos para el asegurado y acompañante, la Caja de Seguro Social proveerá los mismos de acuerdo a la región geográfica donde el paciente sea enviado para su tratamiento. Para traslado a los Estados Unidos, se reconocerá hasta la suma de cincuenta balboas (B/.50.00) diarios por persona (máximo un acompañante). Los casos enviados a Latinoamérica, recibirán hasta la suma de treinta balboas (B/.30.00) diarios por persona (máximo un acompañante). Esta cantidad será deducida de la suma aprobada, que no exceda de lo establecido en el artículo 2°

El asegurado y el acompañante reembolsarán a la Caja de Seguro Social las sumas recibidas en exceso, en los casos en que la permanencia haya sido menor a la autorizada previamente, y que le hayan sido pagada al momento de su viaje.

## CAPITULO II PROCEDIMIENTO

**ARTICULO 6°:** Para gozar del beneficio de tratamiento en el exterior, con arreglo a lo dispuesto en este reglamento, el interesado, un familiar en caso de incapacidad física o legal del primero o el médico tratante, deberá presentar formal solicitud pro escrito dirigida al Director (a) General o al Director Nacional de los Servicios y Prestaciones Médicas.

**ARTICULO 7°:** Para optar por el beneficio excepcional de ser trasladado al exterior para recibir atención médica especializada se requiere que el asegurado tenga como mínimo treinta y seis (36) cuotas mensuales al momento de formular la solicitud, y una densidad de cero punto cinco (0.5), ó sea dieciocho (18) cuotas durante los tres (3) años calendarios anteriores al inicio de la enfermedad.

Si el asegurado tuviere acreditado un mínimo de ciento ochenta (180) cuotas al momento de formular la solicitud de traslado y se encontrara en el período de gracia de los doce (12) meses con derecho a recibir atención médica, se prescindirá del requisito de densidad de cuotas.

En los casos de accidentes de trabajo o enfermedad profesional no se exigirá ninguna de los requisitos anteriormente mencionados.

**ARTICULO 8°:** El Director Nacional de Servicios y Prestaciones Médicas procederá a nombrar dentro de las 96 horas siguientes de haber recibido la comunicación, una Comisión Médico-Evaluadora multidisciplinaria, integrada por no menos de tres (3) ni más de cinco (5) médicos especialistas, que incluirá al Jefe de los Servicios Médicos correspondiente. Esta Comisión deberá rendir un informe dentro de un plazo no mayor de cinco (5) días calendarios, a partir de la conformación o instalación de la misma.

En caso de que se recomiende el traslado del paciente al exterior, la Comisión de acuerdo a los análisis podrá sugerir los Centros Médicos más apropiados, con preferencia, aquellos con los cuales existen acuerdos. Asimismo, la Comisión deberá señalar el tiempo estimado de permanencia en el exterior, así como las reales posibilidades de complicaciones existentes y supervivencia en los diferentes centros, la calidad de vida posterior al procedimiento y el pronóstico del paciente a corto y largo plazo. De la misma forma indicará si se requiere o no de un acompañante.

El informe de la Comisión Médica Evaluadora se presentará ante el Director Nacional de los Servicios y Prestaciones Médicas, quien a su vez lo remitirá dentro de las primeras 96 horas al Departamento de Asuntos Internacionales, quien deberá adjuntar el expediente, con toda la información recabada, a la Dirección General en un plazo no mayor de cinco (5) días calendarios. Esta última adoptará la decisión que corresponda dentro de los cuatro (4) días, de acuerdo a la facultad que le confiere la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social.

En caso de que el monto para el traslado al exterior sobrepase los **VEINTE MIL BALBOAS (B/.20,000.00)**, la Dirección General remitirá de inmediato el expediente al Pleno de la Honorable Junta Directiva para el trámite correspondiente. Este organismo dispondrá de un máximo de siete (7) días calendarios para tomar su decisión.

**PARAGRAFO:** El paciente o la persona que lo represente podrá interponer los recursos de Reconsideración ante la Dirección General o de Apelación ante la Junta Directiva o ambos dentro de los 5 días hábiles siguientes a la notificación.

**ARTICULO 9°:** El Departamento de Asuntos Internacionales tendrá a su cargo las funciones específicas de solicitar a las instituciones hospitalarias en el exterior, las citas médicas y cupos para la hospitalización de los asegurados que sean trasladados y preparar las

cartas de presentación del asegurado, dirigidas a la Institución donde será atendido. Una vez que el paciente llegue al Centro de destino, el Departamento de Asuntos Internacionales deberá recabar la información sobre las perspectivas de tiempo y gastos e informarlo a la Dirección General.

Además, el departamento de Asuntos Internacionales tendrá a su cargo, toda aquella correspondencia relacionada con pagos a las instituciones hospitalarias, debido a los gastos de tratamiento y hospitalización en el exterior, de las gestiones necesarias para la consecución de los pasajes correspondientes, y del pago de los gastos de alimentación y hospedaje de acuerdo a la tarifa vigente.

**ARTICULO 10°:** La Dirección General aprobará los casos cuyo importe total asciendan hasta la suma de VEINTE MIL BALBOAS CON 00/100 (B/20,000.00) por asegurado o beneficiario. Cuando el traslado sobrepase esta cantidad, el gasto deberá contar con la autorización de la Junta Directiva.

La Dirección General deberá presentar a la Junta Directiva mensualmente información documentada de todos los traslados al exterior.

**ARTICULO 11°:** El Departamento de Asuntos Internacionales mantendrá comunicación directa con el interesado y/o sus familiares para orientarlos en los trámites y las disposiciones reglamentarias establecidas sobre la materia.

**ARTICULO 12°** Una vez recibida la historia clínica del paciente, posterior a su traslado, el Departamento de Asuntos Internacionales remitirá la documentación a la Dirección Nacional de los Servicios y Prestaciones Médicas, para que solicite a la Comisión Médica que recomendó su traslado la evaluación del mismo. Esta Comisión deberá rendir un informe a dicha Dirección dictaminando el tratamiento futuro para el control y seguimiento del paciente, en las instalaciones de la Caja de Seguro Social.

### **CAPITULO III** **PROCEDIMIENTO EN CASOS DE URGENCIA**

**ARTICULO 13°:** En casos en que la condición del paciente asegurado o beneficiario requiera un tratamiento urgente, el paciente o un pariente cercano, o el médico tratante de la Caja de Seguro Social, deben presentar una solicitud escrita al Director General de la Institución, en la que expone el carácter urgente de este pedido, la dolencia que lo aqueja y la naturaleza del tratamiento o servicio que debe recibir, adjuntándose la certificación médica que acredite dicha urgencia.

**ARTICULO 14°:** El Director General, antes de aprobar o improbar el traslado de cualquier asegurado o beneficiario, acogido al estado de Urgente, descrito en el artículo anterior, deberá solicitar al Director Nacional de los Servicios y Prestaciones Médicas un dictamen inmediato dentro de las 24 horas sobre el caso, para que corrobore la urgencia del caso y que dicho tratamiento no pueda ser realizado en Panamá.

**ARTICULO 15°:** Una vez determinado el estado de urgencia y necesidad del traslado, el Director General o la Junta Directiva si el gasto es mayor de VEINTE MIL BALBOAS (B/20,000.00), dará su aprobación con la mayor brevedad posible.

De no calificarse el caso como urgente, la administración le dará el trámite de acuerdo con lo señalado en este reglamento para casos regulares u ordinarios de traslado al exterior.

**ARTICULO 16°:** Cuando la Comisión evaluadora, por intermedio del Jefe del Servicio respectivo, recomiende la necesidad de un acompañante, la Dirección General podrá autorizar su traslado al exterior por el tiempo y las condiciones que el caso lo amerite, dentro de las limitaciones señaladas en el Artículo 4to.

**ARTICULO 17°:** Este Reglamento deroga aquellas disposiciones reglamentarias que le sean contrarias.

**ARTICULO 18°:** Este Reglamento entrará a regir a partir de su publicación en la Gaceta Oficial después de haber sido aprobado en dos debates realizados en días distintos por la Honorable Junta Directiva de la Caja de Seguro Social.

/iraq.-

Aprobado en primer debate el 22 de junio de 1999.

Aprobado en segundo debate el 28 de octubre de 1999.

Resolución No.18,153-99-J.D. 28 de octubre de 1999.

RESOLUCION N° 18.506-2000-J.D  
(De 6 de enero de 2000)

**LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL**

en uso de sus facultades legales establecidas en el Decreto Ley No. 14 de 27 de agosto de 1954, modificado por la Ley No. 30 de 26 de diciembre de 1991,

**CONSIDERANDO:**

Que el Reglamento de Seguro Voluntario vigente fue aprobado por la Junta Directiva de la Caja de Seguro Social en 1963, es decir hace 36 años, por lo que resulta anacrónico y requiere ajustar sus criterios y controles.

Que el referido reglamento contempla tres categorías de asegurados voluntarios con base mínima imponible de B/100.00, B/150.00 y B/300.00 respectivamente, ingresos que han sido rebasados en el tiempo para cualquiera de las categorías de trabajadores independientes en ellas establecidas, incrementándose asimismo la pensión mínima que en ese entonces era de B/50.00 hasta alcanzar el monto de B/175.00

Que la revisión del reglamento vigente cobra importancia en atención a la realidad imperante desde 1992 en que una considerable parte de la masa laboral del país, se ha venido volcando al sector independiente y la mayoría no cotiza a la Caja de Seguro Social, resultando de importancia realizar esfuerzos para su captación, contando con un reglamento actualizado

Que se ha integrado también al texto del Reglamento de Seguro Voluntario, la adición que experimentó el Artículo 3 del Decreto Ley 14 de 1954, Orgánico de la Caja de Seguro Social, a través de la Ley 21 de 24 de noviembre de 1999, que permite el ingreso de las amas de casa.

Que criterios técnicos y actuariales han señalado la necesidad de no ocasionar nuevas cargas financieras al Programa de Invalidez, Vejez y Muerte de la Caja de Seguro Social, por lo que se recomienda que la base mínima imponible del Seguro Voluntario sea aquella que multiplicada por el porcentaje base para el cálculo de las pensiones (60% para 15 años de servicios actualmente), permita obtener un monto no inferior a la pensión mínima, determinándose que dicho monto deberá ser de B/300.00 mensuales

Que la modificación al Reglamento de Seguro Voluntario fue consultada en diversas reuniones con los funcionarios que guardan relación con este tema, para conocer la experiencia obtenida a través de los años, debatida en el seno de la Comisión Revisora de los Reglamentos, con representantes del Departamento de Seguro Voluntario y de la Dirección de Ingresos; revisada por la Jefatura del Departamento Actuarial, la Dirección Nacional de Prestaciones Económicas y la Dirección Nacional de Asesoría Legal, y considerada por el Consejo Técnico de la Institución;