


## **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**



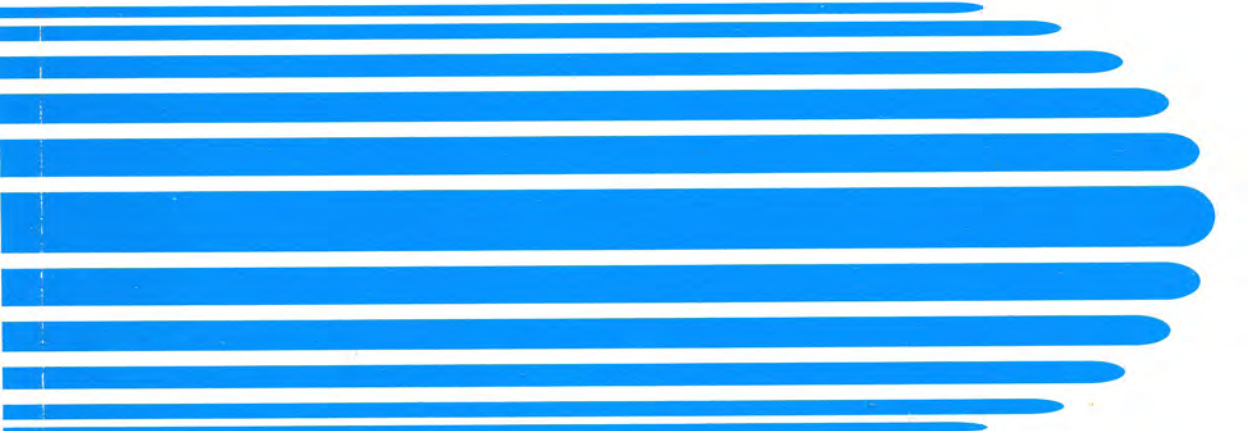
**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.



**La Seguridad Social  
en  
Panamá**



**Conferencia Interamericana  
de Seguridad Social**

**Serie Monografías**

**18**



**Secretaría General**

## **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**

**Lic. Genaro Borrego Estrada**  
Presidente

**Lic. María Elvira Contreras Saucedo**  
Secretaria General

**Dr. Alvaro Carranza Urrilagoitia**  
Director del CIESS

### **Coordinación Técnica de la Secretaría General**

Lic. Ma. del Carmen Alvarez García  
Lic. Pedro Cervantes Campos  
Act. Ana Luz Delgado Izazola  
Lic. Octavio Augusto Jiménez Durán  
Ing. Francisco Martínez Narváez  
Dr. Antonio Ruezga Barba

Este libro fue publicado por la Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Su contenido es responsabilidad exclusiva de su(s) autor(es) y no refleja necesariamente la posición de la CISS. Está permitida la reproducción total o parcial de su contenido sólo con mencionar la fuente.

Derechos reservados conforme a la ley

ISBN 968-7346-33-7

***La Seguridad Social  
en Panamá***

# **La Seguridad Social en Panamá**

Serie Monografías 18

**Conferencia Interamericana de Seguridad Social**  
Secretaría General

# INDICE

<b>PRESENTACION</b> .....	<b>i</b>
<b>INTRODUCCION</b> .....	<b>v</b>
<b>CAPITULO I PANORAMA HISTORICO</b> .....	<b>1</b>
1.1 RELATIVO A LA CAJA DE SEGURO SOCIAL .....	3
1.2 RELATIVO AL MINISTERIO DE SALUD .....	7
<b>CAPITULO II LA CAJA DE SEGURO SOCIAL</b> .....	<b>9</b>
2.1 ORGANIZACION .....	12
2.2 FINANCIAMIENTO .....	13
2.3 ESTADISTICAS DE COBERTURA .....	22
2.4 ATENCION A LA SALUD .....	22
2.5 RAMAS DEL SEGURO SOCIAL QUE OPERAN .....	22
<b>CAPITULO III LA LEGISLACION PANAMEÑA EN MATERIA DE RIESGOS DEL TRABAJO</b> .....	<b>27</b>
3.1 PRESTACIONES EN DINERO .....	33

<b>CAPITULO IV LA INTEGRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....</b>	<b>39</b>
4.1 ANTECEDENTES.....	41
4.2 CONCEPTO Y DEFINICION DE LA INTEGRACION .....	43
4.3 ANALISIS DE POLITICAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD ESTATALES .....	45
4.4 PRINCIPALES ESTRATEGIAS APLICADAS EN LA EJECUCION DEL PROCESO DE INTEGRACION DE SALUD.....	46
4.5 ORGANIZACION .....	47
4.6 RECURSOS .....	48
4.7 PRODUCCION .....	49
4.8 INDICADORES .....	50
4.9 EJECUCION Y FINANCIAMIENTO DE LA INTEGRACION DEL SECTOR SALUD .....	50
 <b>CAPITULO OTROS PROGRAMAS.....</b>	 <b>55</b>
5.1 PROGRAMAS DE PRESTAMOS HIPOTECARIOS .....	57
5.2 FONDO COMPLEMENTARIO DE PRESTACIONES SOCIALES PARA LOS SERVIDORES PUBLICOS.....	57
5.3 FONDO COMPLEMENTARIO PARA LOS TRABAJADORES DE EMPRESAS PRIVADAS .....	58

<b>CAPITULO VI MODERNIZACION DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL .....</b>	<b>61</b>
6.1 PANAMA EN EL PROCESO DE GLOBALIZACION E INTEGRACION MUNDIAL.....	63
6.2 SISTEMA NACIONAL DE SALUD .....	66
6.3 REFORMA DEL SECTOR SALUD .....	69
6.4 FILOSOFIA Y PRINCIPIOS DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL .....	72
6.5 PLAN DE IMPLEMENTACION .....	73
<b>APENDICE (Tablas Estadísticas) .....</b>	<b>77</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>105</b>



# **PRESENTACION**

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) es un organismo internacional, especializado y permanente, que fundado en 1942, agremia actualmente a 58 instituciones de seguridad social de 33 países del continente americano, y tiene por objeto promover la colaboración e intercambio de conocimientos y experiencias entre sus instituciones miembros, para lograr el mejoramiento, expansión y desarrollo de los servicios que prestan en beneficio de los pueblos de América.

El Lic. Genaro Borrego Estrada, presidente de la CISS, consecuente con los estatutos que la rigen y con la demanda de las instituciones miembros, dispuso que la Secretaría General llevara al cabo un programa editorial, cuyo propósito es divulgar los antecedentes, desarrollo y avances de la seguridad social en cada uno de los países de América.

Es por ello que para dar cumplimiento al programa, se publica esta monografía sobre la seguridad social en la República de Panamá, que fue preparada por la Doctora Melva Luz Quintero de Mérida, Actuaría, Asesora Técnica de Seguridad Social y Secretaria Técnica del Consejo Técnico de la Caja de Seguro Social de Panamá, con la directriz de la Secretaría General de la CISS.

En ella se exponen los antecedentes históricos de la seguridad social en el país; la creación y evolución de la Caja de Seguro Social, el marco jurídico que la regula, su organización actual y los programas que lleva al cabo, y se acompaña con una nota bibliográfica, para que quienes se interesen en los temas estén en la posibilidad de allegarse mayor información.

Es deseo de esta Secretaría General, que la monografía que ahora se presenta constituya un reconocimiento para quienes han comprometido su esfuerzo en el desarrollo y mejoramiento de los servicios de seguridad social en la República de Panamá.

Lic. María Elvira Contreras Saucedo  
Secretaria General de la CISS

# **INTRODUCCION**

La legislación Panameña de Seguridad Social se compone de cuatro (4) pilares:

- a) Las normas constitucionales establecidas en el Capítulo 6º del Título III, contenidas en los artículos que van 103 al 110.
- b) La Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social.
- c) Todas las Leyes Especiales que crean jubilaciones y la Ley 16 de 31 de marzo de 1975, mediante la cual se creó un Fondo Complementario de Prestaciones Sociales para todos los Servidores Públicos.
- d) Las normas contenidas en el Código Fiscal, en el Artículo 37 del Decreto 60 de 1965, que regula la creación de Fondos Complementarios para trabajadores del sector privado, y la Ley 10 de 16 de abril de 1993, por la cual se establecen incentivos para la formación de fondos para jubilados, pensionados y otros beneficios.

Básicamente la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social establece la obligatoriedad de la incorporación de la Institución en todo el territorio nacional, de los trabajadores por cuenta de terceros, los que son protegidos por contingencias que se agrupan en tres (3) grandes programas:

- a) Enfermedad y Maternidad
- b) Vejez, Invalidez y Muerte
- c) Riesgos Profesionales

Además permite en forma facultativa o en forma voluntaria se proteja a trabajadores por cuenta propia.

Es importante que se tenga en cuenta que en el caso de las Leyes Especiales del Sector Público y de las prestaciones complementarias para el resto de los servidores públicos, contempladas en la Ley 16 de 1975, la Caja de Seguro Social actúa solamente con las funciones propias del Fiduciario de un Fideicomiso.

En el caso de los Fondos de Prestaciones Sociales creados para los trabajadores del sector privado, la Caja de Seguro Social actúa solamente como orientadora.

**CAPITULO I**  
**PANORAMA HISTORICO**

## 1.1 RELATIVO A LA CAJA DE SEGURO SOCIAL

El más remoto antecedente relativo a la protección de los trabajadores se dió en Panamá con la Ley 6a. de 1914, en la que se reguló las jornadas de ocho horas de trabajo y el descanso dominical, lo que puso freno a las largas jornadas de trabajo a que fueron sometidos los trabajadores durante y después de la construcción del Canal de Panamá.

Posteriormente con la Ley 17 de 1916 se reguló el derecho a las indemnizaciones con cargo al patrono, como protección a los accidentes de trabajo. Sin embargo, no es sino hasta 1920, cuando empieza a legislarse en materia de jubilaciones, con la ley 21 de 1920, la que estableció jubilaciones para las enfermeras de los hospitales del Estado; iniciándose así una etapa que ha persistido a través de los años, que favorece a determinados grupos de servidores públicos, con la breve interrupción de 1941 a 1945.

Estas leyes especiales obedecieron más que nada a un criterio de beneficencia pública por cuanto fueron concebidas sin que mediaran estudios actuariales y los beneficiarios no aportaban cuota alguna al sistema, constituyéndose una carga para el Estado; hasta que en 1975 se creó el Fondo Complementario de Prestaciones para los Servidores Públicos.

Antes de 1941, la población panameña disfrutaba de los siguientes beneficios:

- a) Un plan de jubilaciones por edad y años de servicios para los empleados del comercio y de la industria, los cuales podían obtener una jubilación con un mínimo de veinte (20) años continuos con un mismo patrono, conforme a la ley 8 de 1991.
- b) Un régimen de jubilación uniforme para todos los empleados públicos, fijándose por primera vez una contribución al trabajador (2.5% del salario) y al patrono (2.5% del salario), como aporte al financiamiento

del sistema, de acuerdo con la Ley 7 de 1935. En esta forma se derogaron, aunque sólo temporalmente, las jubilaciones especiales concedidas graciosamente; los empleados públicos quedaban protegidos por un plan de pensiones de invalidez y vejez, luego de veinte (20) años de servicio y sesenta (60) de edad.

- c) Los empleados y obreros de cualquier actividad con excepción de los trabajadores agrícolas y servidoras domésticas, tenían derecho a prestaciones médicas e indemnizaciones en dinero a causa de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, lo cual estaba a cargo directa y exclusivamente de los patronos.

Como es fácil de advertir, los servidores del Estado tenían derechos muy diferentes a los empleados y obreros de empresas particulares, además de que ambos carecían del derecho a la asistencia médica.

En 1941, mediante la Ley 23, del 23 de marzo de ese año, se creó la Caja de Seguro Social, en una época en que de todos los países americanos solamente Chile, Ecuador y Perú tenían regímenes de seguridad social.

El mérito principal de la citada ley, reside fundamentalmente en haber unificado todos los regímenes de previsión social vigentes hasta entonces, creando un organismo autónomo, encargado de administrar los riesgos que en dicho texto legal se establecían. Lamentablemente, la unificación que se indica duró pocos años, pues a partir de 1946 hasta nuestros días, se han sucedido nuevamente una serie de leyes estableciendo jubilaciones especiales para determinados grupos privilegiados de empleados públicos.

La Ley 23 mencionada extendió la obligatoriedad del seguro a todos los trabajadores, dependientes e independientes, del país. En esta forma quedaron incluidos los empleados públicos de toda la República y los empleados privados de la Provincia de Panamá y Colón; pero daba la posibilidad de ir incorporando poco a poco al resto de los distritos del país, como efectivamente se fueron incorporando hasta ser obligatoria en todo el territorio nacional. En ella se introdujo por primera vez en la legislación social panameña, aparte del Régimen de Pensiones por Invalidez, Vejez y Muerte, el Seguro de Enfermedad y Maternidad, y sin previo estudio actuarial se fijó la cuota de 2.5% para el patrono y 2.5% para el trabajador.

---



---

En 1943, con la Ley 134, se dió a la Caja de Seguro Social una base técnica, mediante los estudios actuariales realizados por el actuario Mario Arteaga, se fijó la cotización de 4% para el trabajador y 4% para el patrón, sobre el salario de aquél, y se incorporaron a las prestaciones, las de subsidios por maternidad (doce semanas) y auxilios funerales.

El Decreto Ley 14 de 1954, que con sus modificaciones constituye hoy día la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social, adecuó la legislación de la institución a la Constitución de 1946, por medio de ella se amplió la cobertura y se estableció el Seguro Voluntario, manteniéndose la cotización del 4% tanto para el trabajador como para el patrono, así como el requisito de veinte (20) años de cotizaciones. No obstante, se reduce la edad de la mujer a 55 y se mantiene la del hombre en 60 para tener derecho a la jubilación, limitándose la pensión máxima a la cantidad de B/200.00.

En el año de 1955 se inauguró la Policlínica Presidente Remón, y en cumplimiento del Decreto Ley 9 de 1958, se elevó el tope máximo de la pensión a B/300.00, quedando la mínima en B/30.00, y se incorporó la Indemnización por Muerte.

En la evolución de la seguridad social en Panamá constituye otro valioso avance la expedición del Decreto Ley 9, en 1962, el que basado en los estudios actuariales realizados por Don Gonzalo Arroba, incorpora las Pensiones a Sobrevivientes y las Asignaciones Familiares; aumenta el tope máximo a B/500.00 y el mínimo a B/50.00 y obliga al Estado a sufragar los gastos de administración con el 0.8% de los salarios básicos, más porcentaje del impuesto sobre bebidas alcohólicas; se brinda por primera vez las prestaciones médicas al cónyuge e hijos de hasta 6 años de edad y se disminuye el registro de número de cotizaciones de 20 a 15; eliminando el requisito de densidad para la pensión por vejez; por último establece la pensión reducida y crea la renta vitalicia y el subsidio por enfermedad común.

En 1962 se inauguró el hospital general en el área metropolitana.

En el año de 1970, por Decreto número 68 de fecha 31 de enero del propio año, se centraliza en la Caja de Seguro Social la cobertura obligatoria de riesgos profesionales; en dicho año también se aumenta el monto de las pensiones vigentes en B/10.00, y 2 años después, en 1972 por mandato

---

constitucional la Caja de Seguro Social se coordina con el Ministerio de Salud a través del Sistema de Integración de Salud, que ha permitido proteger en su salud a más del 90% de la población del país.

En 1975, la Ley 15 de dicho año, extiende todas las prestaciones asistenciales a las esposas o compañeras, así como a los hijos menores de 18 años o de 25 si son estudiantes y a los inválidos de cualquier edad; amplía la cobertura de salud a la madre y al padre sexagenario o inválido; eleva la pensión mínima a B/90.00 y la máxima a B/1,000.00, decretando asimismo un aumento de B/30.00 para las pensiones vigentes; se duplican las asignaciones familiares a B/20.00 por esposa y B/10.00 por hijos menores de 18 años o inválidos; se crea el régimen de vejez anticipada para mujeres desde 50 años y para hombres desde 55; se elimina la pensión reducida y la renta vitalicia. La fórmula de cálculo se mejora al contemplarse como base el salario de los mejores 5 años dentro de los últimos 15 de servicio.

En 1976 se elevó la pensión mínima a B/100.00 otorgando además un aumento de B/10.00 a las pensiones entonces vigentes, y como resultado de los tratados Torrijos-Carter, se incorporaron a la Caja de Seguro Social algunos trabajadores de la Zona del Canal.

En 1981, por Ley 2 del 23 de febrero del mismo año, se elevó la pensión mínima a B/120.00 y la de incapacidad absoluta por riesgos profesionales a B/120.00, introduciéndose una excepción a la pensión máxima de B/1,500.00, para aquellos asegurados con 30 años de antigüedad que hayan tenido durante los últimos 15 años un salario promedio de B/1,500.00 o más. Asimismo se mejoró la forma del cálculo al tomarse como base los 3, 4 ó 5 mejores años de los últimos 15 de servicio y se dió un aumento de B/20.00 a las pensiones vigentes.

En 1982, conforme lo acordado en el Tratado Torrijos-Carter, se incorporaron al régimen de enfermedad y maternidad, en forma voluntaria, el personal no estadounidense de la Comisión del Canal y del Departamento de Defensa.

En 1983 se elevó la pensión mínima a B/145.00 y se aumentó las vigentes en B/25.00, y en 1986 se incrementaron las pensiones vigentes en B/20.00 más.

---

En 1991, por la Ley 30 de 26 de diciembre del mismo año, se introdujeron sustanciales modificaciones en la Ley Orgánica para procurar el restablecimiento del equilibrio financiero del Programa de Invalidez, Vejez y Muerte; así como otras relativas a la gestión administrativa y a las inversiones, de las cuales las más relevantes son las siguientes: se elimina la Pensión por Vejez Anticipada, a partir de enero de 1992; se incrementa la edad requerida para la Pensión por Vejez en dos años, quedando en 57 para mujeres y 62 para hombres, a partir de enero de 1995; se modifica la fórmula de cálculo actuarial de manera que arroje un menor monto, tomándose como base de cálculo el salario promedio de los 7 mejores años, de los cuales se confiere una base del 60% más un 1.25% por cada 12 cotizaciones adicionales a 180 cuotas y se disminuye a 25 años de servicios, el requisito para obtener la pensión máxima de B/1,500.00.

En 1991, la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud, firmaron un Acuerdo de Coordinación Funcional, y en 1994 se elevó la pensión mínima a B/175.00.

## 1.2 RELATIVO AL MINISTERIO DE SALUD

Al surgir a la vida independiente la República de Panamá (1903-1914), durante los primeros años el Gobierno de la República atendía el área de salud a través de las Secciones de Higiene Pública y Beneficiaria de las donaciones del Departamento de Obras Públicas de la Secretaría de Fomento.

Durante el período de 1914 a 1929 se desarrolló un primer programa cooperativo con la Fundación Rockefeller, creándose un Departamento con la Uncinariasis y Saneamiento del Suelo. Durante esta etapa, en el año de 1924, en el área metropolitana, se inauguró el Hospital Estatal "Santo Tomás" y conforme la Ley 12 de 1925, se creó el Departamento de Higiene y Salubridad Pública; posteriormente en 1927 se creó la Sección de Ingeniería Sanitaria y en 1918 el Comité Nacional de la Lucha Antituberculosis y de Beneficencia y Fomento.

Durante el período que va de 1930 a 1943, se desarrollaron las instituciones básicas de salud, porque fue en este período en el cual se creó el Ministerio de Salud y Obras Públicas en 1941; mismo año en que se constituyó la Caja

---

---

de Seguro Social con programas de salud principalmente de tipo curativo destinados a proteger a la población asegurada.

También fue durante esta etapa, cuando el Estado va asumiendo una creciente participación en los problemas de salud pública; pero no es sino en el período comprendido entre 1944 y 1956, cuando alcanza su mayor relieve, al crearse el Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública en 1945 y ponerse en vigor el Código Sanitario mediante la Ley 66 promulgada en 1947 y se abre el primer Hospital Antituberculoso.

La regionalización de los servicios de salud se llevó a cabo en el período que va de 1956 a 1961 conforme al estudio que realizara el Dr. Isidoro Falk.

Para evitar la duplicidad de servicios de salud, durante el período de 1962 a 1970, se llevó a cabo la integración de los servicios preventivos y curativos como política de salud nacional y fue el primer esfuerzo para establecer orden en el desarrollo institucional con una cobertura que comprende todo el sector salud a través del Plan de Salud Ministerial.

Por medio del Decreto de Gabinete número 1 del 15 de enero de 1969, que crea al Ministerio de Salud, se otorgan a las regiones y áreas médico-sanitarias facultades descentralizadas que permite la agilización de los núcleos poblados, conforme a un sistema satélite de organización, en el cual, las instituciones de menor jerarquía funcionan alrededor de las más complejas o centros médicos urbanos que son las sedes de las áreas médico-administrativas, así como de los hospitales generales.

Durante 1973 se inicia la integración física y funcional de los servicios médicos del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, en cumplimiento del mandato constitucional que se extiende a la mayor parte del país, con excepción de la región metropolitana.

---

## **CAPITULO II**

### **LA CAJA DE SEGURO SOCIAL**



La Caja de Seguro Social fue creada por la Ley 23 del 31 de marzo de 1941, como un organismo autónomo, encargado de administrar las prestaciones por riesgo de trabajo, en favor de los trabajadores dependientes o independientes, públicos en toda la República y privados en la Provincia de Panamá y Colón.

Al inicio de sus operaciones, la Caja de Seguro Social tenía un total de 38,148 personas protegidas; posteriormente se incorporaron al régimen obligatorio de seguridad social, en forma gradual todos los distritos del país y en la actualidad la población protegida asciende a 1,522,826 habitantes.

Han quedado sujetos al Régimen del Seguro Social todos los trabajadores del Estado, las Provincias, los Municipios, las Entidades Autónomas y Semi-Autónomas y las Organizaciones Públicas descentralizadas, donde quiera que presten sus servicios.

Asimismo, han quedado dentro de esta obligatoriedad todos los trabajadores públicos que reciban remuneración del Estado a base de un tanto por ciento de las recaudaciones percibidas, como los Recaudadores y los Cónsules Ad-Honorem y los que obtengan pagos por sus servicios de personas naturales o jurídicas, como los Notarios.

Se incluyen además todos los trabajadores al servicio de personas naturales o jurídicas que operen en el territorio nacional y los trabajadores domésticos, estos últimos de acuerdo con su reglamento especial. Con respecto a trabajadores independientes, los estacionales y los ocasionales han ido ingresando, cuando se ha reglamentado las condiciones de admisión de cada grupo, como ha ocurrido con los billeteros, la gente de mar, los buhoneros, los conductores de taxi, los expendedores del mercado público, los palafreneros y otros.

La Caja de Seguro Social puede seguir incorporando al régimen obligatorio a aquellos trabajadores independientes agremiados que juzgue conveniente.

---

Pueden ingresar al Seguro Social a través del régimen voluntario, los trabajadores independientes no agremiados, los trabajadores que hayan dejado de estar sujetos al régimen obligatorio del Seguro Social, los trabajadores domiciliados en el territorio nacional al servicio de organismos internacionales y los trabajadores al servicio de misiones diplomáticas y consulares acreditadas en el país.

No pueden ingresar al Seguro Social el cónyuge, padre e hijos menores de 16 años cuando trabajan por cuenta de éste, los extranjeros contratados en el exterior para servir en el país por períodos no mayores de dos (2) meses y los trabajadores de empresas agrícolas cuando trabajen menos de tres (3) meses al año.

## 2.1 ORGANIZACION

La Caja de Seguro Social es una entidad de Derecho Público, autónoma en lo administrativo, en lo funcional, en lo económico, en lo financiero; con personería jurídica y patrimonio propio, con derecho a administrarlo y fondos separados e independientes del Gobierno Central.

Los órganos superiores de la Caja de Seguro Social son:

- a) La Junta Directiva, órgano de deliberación y decisión.
- b) El Director General, órgano de administración y ejecución quien será su representante legal; y
- c) El Consejo Técnico, órgano consultivo de la Dirección General y de la Junta Directiva.

El órgano de comunicación entre la Caja de Seguro Social y el Estado es el Presidente de la Junta Directiva.

La Junta Directiva de la Caja de Seguro Social se compone de los siguientes miembros:

- a) El Ministro de Salud.



- b) El Ministerio de Planificación y Política Económica.
- c) Un (1) representante de los profesionales de la salud.
- d) Tres (3) representantes patronales.
- e) Cuatro (4) representantes de los trabajadores.
- f) Un (1) representante de los pensionados y jubilados.

El Contralor General de la República podrá asistir a las sesiones de la Junta Directiva con las mismas prerrogativas que los otros Directores, pero sin derecho a voto. Todo miembro principal tendrá su correspondiente suplente.

En el nivel auxiliar de apoyo, se cuenta con la Dirección Nacional de Informática, la Dirección Nacional de Asuntos Administrativos, la Dirección Nacional de Finanzas y la Dirección de Infraestructura y Servicios de Apoyo.

Por su parte, el nivel operativo y ejecutor, está constituido por la Dirección Nacional de los Servicios y Prestaciones Médicas, la Dirección Nacional de Prestaciones Económicas y la Dirección Nacional de Compras y Abastos. El resto de las Direcciones y Agencias son componentes de la macroestructura administrativa señalada.

Conforme con lo anterior, para la administración de la institución, se cuenta con siete (7) Direcciones dependientes, ubicadas en el área metropolitana y a cuyas políticas y líneas de acción deben responder las dependencias en toda la República, ya que muchos servicios se encuentran descentralizados. El nombramiento del personal de la institución se hace de conformidad con el régimen de autonomía administrativa.

## 2.2 FINANCIAMIENTO

Todas las prestaciones que otorga la Caja de Seguro Social, guardan relación directa con los salarios básicos sujetos a cotizaciones, las cuales

---

proceden de 3 fuentes básicas: el trabajador, el patrono y el Estado en las siguientes proporciones:

**Fuente de financiamiento de los Programas de la C.S.S.  
en Porcentajes de los Salarios Básicos**

Programa	Total	Patrono	Trabajador	Estado	Otros
Invalidez,	9.5	2.75	6.75	(c)	(d)
Vejez y Muerte	(a)				
Enfermedad y Maternidad	8.5	8.00	0.50	---	---
Riesgos Profesionales	1.7	1.7	---	---	---
Administración	1.04 (b)	---	---	1.04	---

- a) Corresponde a la prima promedio, ya que la prima real guarda relación con los índices de frecuencia, gravedad según tipo de actividad y riesgosisdad de la misma.
- b) Comprende el 0.8% de los sueldos o base de cotización de los asegurados obligatorios, de los asegurados voluntarios y de los pagados a jubilados del Estado, sobre los cuales la Caja de Seguro Social recibe cuotas; además comprende un impuesto sobre la fabricación de licores, vinos y cervezas, y un aporte para las prestaciones que se conceden a los integrantes de los asentamientos y otros grupos de limitados recursos y que no se encuentren incorporados al régimen obligatorio.
- c) Una cantidad no menor a B/20.5 millones.
- d) Gravamen de las tres partidas del XIII mes en 18%.

Para mayor desglose presentamos seguidamente los recursos de la Caja de Seguro Social para los Programas de Enfermedad y Maternidad y para los de Invalidez, Vejez y Muerte, incluidos los gastos de administración que demande la gestión de estos programas, los cuales estarán constituidos por los siguientes ingresos:

- a) Las cuotas de los asegurados obligatorios equivalentes al 7.25% de los sueldos;
  - b) Las cuotas de los patronos obligatorios equivalentes al 10.75% de los sueldos;
  - c) Las cuotas de los asegurados en el Régimen de Seguro Voluntario;
  - d) Las cuotas de 6.75% de las pensiones concedidas y que conceda la Caja de Seguro Social, incluyendo las Pensiones por Riesgos Profesionales;
  - e) Las cuotas del 7.25% de los Subsidios de Enfermedad y Maternidad que concede la Caja de Seguro Social, incluyendo los Subsidios por Riesgos Profesionales.
  - f) Las cuotas de los pensionados y jubilados del Estado, equivalentes al 6.75% de sus pensiones y jubilaciones. Igual cuota pagarán las pensiones que sean pagadas por el Fondo Complementario de Prestaciones Sociales de los Servidores Públicos;
  - g) El impuesto sobre la fabricación de licores, vinos y cervezas a que se refieren los artículos 46, 53 y 60 del Decreto Ley No. 4 del 3 de septiembre de 1941;
  - h) Un aporte del Estado, equivalente al 0.08% de los sueldos y bases de cotizaciones de los asegurados obligatorios, de los sueldos básicos e ingresos de los asegurados obligatorios, de los sueldos básicos e ingresos de los asegurados en el régimen de seguro voluntario y de lo pagado a jubilados del Estado, sobre los cuales la Caja de Seguro Social recibe cuotas;
  - i) El aporte del Estado para las prestaciones que se conceden a los integrantes de los asentamientos u otros grupos de limitados recursos y que no hayan sido incorporados al régimen de la Caja de Seguro Social, al momento de entrar a regir la presente Ley;
  - j) Las multas y recargos que cobre de conformidad con la presente Ley;
-

- k) Las utilidades que se obtengan de la inversión de sus fondos y reservas;
- l) Las herencias, legados y donaciones que se le hicieren, los cuales serán deducibles para los efectos del impuesto sobre la renta;
- m) Los pagos que reciba la Caja de Seguro Social cuando actúe como fiduciario de fondos complementarios para las contingencias de vejez, invalidez y muerte;
- n) Los pagos que le ingresen por cualquier concepto;
- ñ) Una cantidad no menor de 20.5 millones de balboas aportada por el Estado, para compensar en parte la eliminación de la segunda partida del XIII mes más como fuente de financiamiento;
- o) El gravamen de las tres partidas del XIII mes en 18%.

Como se puede advertir del cuadro y párrafos que anteceden, el Gobierno central contribuye al financiamiento de la seguridad social, no sólo como empleador de los servidores de la administración pública, sino también con los aportes que está obligado a entregar a la Caja de Seguro Social, de acuerdo con lo señalado en el Artículo 31 de su Ley Orgánica, aportes que tienen su origen en recursos de Tesoro Nacional y se concretan a través de bonos y pagarés que son la inversión más grande de la cartera de la institución.

Asimismo, los trabajadores aportan sus contribuciones a través de su cotización obligatoria al sistema y en forma indirecta como consumidores de bienes y servicios.

Por su parte los empleadores aportan las contribuciones que les corresponden según la Ley, para cubrir el financiamiento de los programas de enfermedad y maternidad, vejez, invalidez y muerte y riesgos profesionales.

En el Programa de Administración, la Ley (Artículo 35-A) establece una norma para los gastos de administración por la Caja, de los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte.

---

En el Programa de Riesgos Profesionales, el 1.7% representa el promedio de la recaudación total del programa, cuyo financiamiento es pagado por los empleadores. Cada empresa paga una cuota que depende del grado de riesgo de la actividad, clasificada en 5 grupos de riesgo que van del 0.42% de los salarios básicos a un máximo del 7.08%.

Algunas características importantes del financiamiento del programa de seguridad social son las siguientes:

- a) El Programa de Enfermedad y Maternidad opera bajo un sistema de Reparto Puro, en el cual no se constituyen reservas y en donde los ingresos de cada año son iguales a los egresos del período. Se prevé en la Ley Orgánica que si los ingresos anuales excedieran los egresos, el excedente se dedicará a constituir y mantener una reserva de fluctuaciones y contingencias hasta un límite igual a una cuarta parte de los egresos anuales.
- b) Los Programas de Vejez, Invalidez y Muerte, así como el de Riesgos Profesionales, funcionan en base a un régimen de Reparto de Capitales Cobertura. Dicho sistema demanda la constitución de reservas que permitan el cumplimiento de los compromisos adquiridos con los asegurados, y cuyo equilibrio financiero se logra a cabo de cierto período de años. La reserva acumulada en el período señalado, debe ser igual o mayor al valor presente neto de las obligaciones futuras en concepto de pensiones, hasta la extinción del derecho adquirido.

La Ley 15 del 31 de marzo de 1975 modifica la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social, lo que hizo posible que se utilizara la segunda partida del décimo tercer mes, como una fuente de financiamiento para mejorar los beneficios a los asegurados y a sus beneficiarios. Esta partida calculada en 2.3% de los salarios básicos sujetos a cotización, tuvo otras implicaciones económicas importantes al ser sus recaudaciones anuales transferidas al Banco Hipotecario Nacional en calidad de préstamo, con un interés del 3% y cuya amortización se haría a 10 años cumplidos de su entrega. Tales recursos fueron utilizados por el Banco para instrumentar un programa de desarrollo en el sub-sector construcción y consecuentemente del empleo.

---

El Artículo 31 de la Ley que se menciona decía textualmente:

“Las cantidades anuales correspondientes a la segunda partida del décimo tercer mes serán entregadas a la Caja de Seguro Social para el uso exclusivo del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, al cumplirse 10 años de su retención por parte del Banco Hipotecario Nacional para financiar a largo plazo los programas de vivienda obrero-campesina”.

La derogación de esta disposición ha tenido un efecto directo en el financiamiento del Programa de Vejez, Invalidez y Muerte de la Caja de Seguro Social, que dejó de percibir más de 40 millones de balboas anuales para compensar en parte dicha situación, el Estado aporta 20.5 millones de balboas anuales y se gravó por ley las tres partidas del XIII mes.

La situación observada en la Institución es la de un aumento creciente en el costo de los distintos programas, como en el caso del de Enfermedad y Maternidad, cuyo crecimiento proviene del aumento en la cobertura de la población cubierta por el Seguro Social y los incrementos de salarios, resultado de los compromisos salariales negociados con el gremio médico paramédico.

En el Programa de Vejez, Invalidez y Muerte, el incremento de los costos proviene de los distintos aumentos concedidos a las pensiones del incremento en el número de pensiones autorizadas, particularmente a partir de 1975 cuando por efecto de la Ley 15 del 31 de marzo de 1975 se modificó la Ley Orgánica, estableciendo un régimen de pensiones anticipadas para asegurados con por lo menos 180 meses de cotizaciones y cumplido 55 años si son varones o 50 si son mujeres, la cual ha sido derogada a partir del 1o. de enero de 1993, y de otros factores demográficos, económicos y sociales. En este sentido es relevante señalar que la tasa global de fecundidad descendió de 6.00 en 1960 a 3.02 en 1990 y que la esperanza de vida al nacer se incrementó de 60.8 en 1960 a 72.2 en 1990, como se evidencia en los siguientes cuadros:

**Tasa Global de Fecundidad**  
(Promedio de hijos por mujer al final del período de vida fértil)

<b>Años</b>	<b>Tasa</b>
1950	5.58
1955	5.78
1960	6.00
1965	5.83
1970	5.41
1975	4.46
1980	3.65
1985	3.38
1990	3.02

Fuente: Cifras oficiales de la Dirección de Estadística y Censo (Boletín especial, Sección 221)

**Proyección de Tasas Globales de Fecundidad**  
(Promedio de hijos por mujer al final del período de vida fértil)

<b>Años</b>	<b>T.G.F (1)</b>
1985 - 1990	3.20
1990 - 1995	2.88
1995 - 2000	2.62
2000 - 2005	2.42
2005 - 2010	2.27
2010 - 2015	2.16
2015 - 2020	2.08
2020 - 2025	2.02

Notas:

(1) Hipótesis Media

Fuente: Cifras oficiales de la Dirección de Estadística y Censo  
(Boletín especial, Sección 221)

**Esperanza de Vida al Nacer**  
(Años)

<b>Años</b>	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
1950	53.3	52.4	54.2
1930	60.8	59.7	61.9
1970	65.2	63.9	66.5
1980	70.4	68.3	72.6
1990	72.2	69.8	74.7

Fuente: Cifras oficiales de la Dirección de Estadística y Censo (Boletín especial, Sección 221)

**Proyecciones de Esperanza de Vida al Nacer**  
(Años)

<b>Años</b>	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
1990 - 1995	72.9	70.9	75.0
1995 - 2000	74.0	71.8	76.4
2000 - 2005	74.9	72.6	77.3
2005 - 2010	75.6	73.3	78.1
2010 - 2015	76.3	73.9	78.8
2015 - 2020	76.8	74.4	79.4
2020 - 2025	77.4	74.9	79.9

Fuente: Cifras oficiales de la Dirección de Estadística y Censo (Boletín especial, Sección 221)



La estructura por edad de los asegurados ha sufrido una gran expansión demográfica en los últimos años, aumentando más rápidamente el número de pensiones que el número de asegurados cotizantes, conforme al siguiente cuadro:

**Número de cotizantes activos por pensionado  
del programa de vejez, invalidez y muerte**

<b>Año</b>	<b>Número de activos</b>	<b>Número de pensionados</b>	<b>Número de activos por pensionados</b>
1985	422,333	57,327	7.4
1986	417,800	60,991	6.8
1987	432,783	64,442	6.7
1988	397,225	67,461	5.9
1989	372,691	71,158	5.2
1990	398,281	74,732	5.3
1991	417,645	78,863	5.3
1992	439,300	91,700	4.8
1993	453,105	95,100	4.8
1994	500,037	103,031	4.8

Todos los factores enunciados anteriormente, que han representado la prolongación del goce de la pensión, con su impacto en los egresos por concepto de pago de pensiones, y la disminución de los ingresos al reducirse las nuevas entradas por el descenso de la natalidad, a lo que se ha sumado el desempleo imperante, llevaron a la Caja de Seguro Social a introducir reformas a su Ley Orgánica en procura del establecimiento del equilibrio financiero más allá del año 2000, mediante disposiciones para incrementar los ingresos a través de un mayor rendimiento de las inversiones y para reducir los egresos por medio de la fórmula de cálculo de las pensiones, que resultaba excesivamente generosa, incrementando la edad de pensionamiento por vejez en dos años y eliminando el retiro anticipado, que no conjugaba el equilibrio financiero y originaba una carga adicional para la Institución.

## 2.3 ESTADISTICAS DE COBERTURA

La República de Panamá cuenta con una población estimada en 2.6 millones de habitantes, de los cuales 1,497,210 están protegidos por la Caja de Seguro Social, en forma directa como cotizantes activos o pensionados y jubilados y en forma directa como dependientes.

El número de cotizantes activos se estima a diciembre de 1994 en: 476,864 los pensionados, los jubilados en 100,588 y los dependientes en 919,758. Se adjunta un cuadro que recoge la distribución por provincias en el anexo.

## 2.4 ATENCION A LA SALUD

La Caja de Seguro Social posee un modelo de atención único para sus derecho-habientes, en sus propias instalaciones y con su propio personal de la salud, en cualquiera de los diferentes niveles de atención y a nivel nacional, cubriendo la totalidad de costo de sus servicios médicos, hospitalarios, de diagnóstico, rehabilitatorios y de medicamentos.

En esta forma se garantizan los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, dentales y de hospitalización, coordinándose la atención de las áreas interioranas con el Ministerio de Salud, a fin de evitar la duplicidad de servicios y lograr que la protección en salud llegue al mayor número de la población, responsabilizándose financieramente a cada institución de la población que le compete proteger.

## 2.5 RAMAS DEL SEGURO SOCIAL QUE OPERAN

La Caja de Seguro Social es la única institución en el país que otorga prestaciones en las ramas de Invalidez, Vejez y Muerte; Enfermedad y Maternidad, y Riesgos Profesionales, así como prestaciones a sobrevivientes, con carácter obligatorio, y su financiamiento proviene de las aportaciones del Gobierno, los patrones y los trabajadores, caracterizándose por ofrecer las pensiones más elevadas de América Latina y el Caribe dentro de los Seguros Sociales.

---

**A) Invalidez, Vejez y Muerte.**

Este grupo cubre pensiones por Invalidez, Asignaciones Familiares por Invalidez, Indemnizaciones por Invalidez, Pensiones por Vejez, Asignaciones Familiares por Vejez, Indemnizaciones por Vejez, Pensiones de Sobrevivientes, Indemnizaciones a Sobrevivientes, Subsidio de Escolaridad y Subsidio Funeral.

Las Pensiones por Invalidez y Vejez se calculan sobre el salario promedio de los 7 mejores años, con una base del 60% más incrementos de 1.25% por cada 12 cotizaciones, después de 180 meses de cotización, hasta la edad normal de pensionamiento; en el caso de Pensión de Vejez más el 2% adicional por cada 12 cotizaciones posteriores a dicha edad. Adiciona al monto de las pensiones las Asignaciones Familiares correspondientes a B/20.00 por esposa y B/10.00 por hijos hasta los 18 años o inválidos, sin que puedan exceder de B/100.00 por este concepto y sin que la suma a recibir entre pensión más Asignaciones Familiares sobrepasen al 100% del salario promedio base del cálculo de la pensión.

Por su parte las Pensiones de Sobrevivientes se calculan tomando como base la pensión real o teórica, según se trate de un activo o de un jubilado y aplicando los porcentajes señalados en la Ley, correspondientes al 50% para la viuda o compañera y 20% para hijos con derecho, de no existir éstos, corresponde un 30% a la madre y en forma excluyente, de no existir los beneficiarios anteriores un 30% al padre sexagenario o inválido; o un 20% a hermanos hasta de 14 años.

Las sumas a recibir por concepto de Pensiones de Sobrevivientes no pueden exceder del 100% de la base del cálculo.

---

**B) Enfermedad y Maternidad.**

Cubre Prestaciones Asistenciales y Económicas.

**a) Prestaciones Asistenciales**

Pueden ser preventivas, curativas y rehabilitatorias. Alcanza los rubros de las prestaciones médicas, quirúrgicas, farmacéuticas, dentales y hospitalización.

Tanto desde el punto de vista de la historia, como de la lógica, el Seguro de Enfermedad y Maternidad puede considerarse la rama principal del Seguro Social, ya que la enfermedad forma parte de la existencia y su temor se experimenta en todas las edades. Así lo ha comprendido la presente administración, dando pasos firmes para el mejoramiento de todos los servicios de salud con énfasis en la medicina preventiva.

Se ha avanzado en la mejora de los servicios de urgencia y en un programa intensivo de cirugías que evite colas de espera que retrasen su realización. Se han adquirido nuevos equipos de moderna tecnología, que permitirán brindar un mejor servicio a nuestros asegurados, beneficiarios y pensionados. Se intensifica la remodelación y mantenimiento de todas las instalaciones, se han construido nuevas policlínicas y mejorado sustancialmente la adquisición oportuna de medicamentos.

En el rubro de medicamentos es oportuno señalar que la Caja de Seguro Social de Panamá posee el Cuadro Básico de Medicamentos más amplio de Centroamérica, el cual viene frizando 500 medicamentos esenciales.

En este sentido, la actual administración no escatima esfuerzos para ensayar las medidas necesarias, a fin de asegurar a sus usuarios sus medicinas.

La planificación de los servicios médicos ha adquirido vital importancia hacia el objetivo de mejorar la calidad de la atención.

Dentro de los programas de salud que lleva la Institución se cuenta con el Programa Materno Infantil, el Programa de Salud de Adultos con sus componentes de Actividades Preventivas, Atención de Morbilidad y Atención

de Situación de Desastres. Se cuenta además con el Programa de Salud Mental, Programa de Salud Ocupacional, Programa de Odontología y Programa de la Tercera Edad, todos a nivel nacional.

Se destacan por su esmerada labor en las Areas de Servicio: el Departamento de Enfermería, Departamento de Nutrición, Departamento Nacional de Radiología, Departamento de Laboratorios Clínicos, Departamento de Epidemiología, Departamento de Trabajo Social, la Coordinación Nacional de Fonoaudiología, Coordinación Nacional de Fisioterapia, Departamento de Registros Médicos y el Departamento de Psiquiatría.

Los principales indicadores de salud reflejados en el país, lo colocan entre los más elevados del Istmo, encontrándose la mortalidad infantil en 21 por millar y la expectativa de vida en 73 años.

#### b) Prestaciones Económicas

Comprenden los Subsidios de Incapacidad Temporal por Enfermedad Común, que cubren el 70% del salario medio diario, correspondiente a los dos últimos meses de cotizaciones, los cuales pueden ser cubiertos hasta por un año en caso de una misma enfermedad, y los subsidios por maternidad cuyo monto asciende al sueldo medio semanal sobre el cual se hubiera cotizado en los últimos 9 meses, pagaderos por 14 semanas (6 semanas antes del parto y 8 semanas de post parto).

#### C) Riesgos Profesionales.

La cobertura obligatoria de los Riesgos Profesionales en todo el país, está centralizada en la Caja de Seguro Social, para todos los trabajadores del Estado y las empresas particulares que operan en el país, cubriendo prestaciones a corto y largo plazo, incluyendo accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y accidentes del trayecto.

Por la trascendencia del Programa de Riesgos Profesionales y darse el presente ensayo en el año dedicado a los riesgos del trabajo, en el cual además la Caja de Seguro Social alcanza 25 años de haber asumido la cobertura obligatoria de los Riesgos Profesionales en el país, se dedica un capítulo especial dentro de la presente monografía.

---



## **CAPITULO III**

# **LA LEGISLACION PANAMEÑA EN MATERIA DE RIESGOS DEL TRABAJO**

Panamá, a lo largo de su vida republicana, ha tenido una importante legislación en el campo de la cobertura por riesgos del trabajo.

La primera Ley que, en materia de Riesgos del Trabajo se promulgó en la República de Panamá, se remonta al año 1916. En efecto, mediante la Ley No. 17 del 16 de noviembre de 1916, se ofreció la primera protección legal en caso de accidentes de trabajo.

No hay duda, las disposiciones que se promulgaron en aquel entonces, si bien no ofrecían a los trabajadores una importante gama de prestaciones, tanto en su monto como en su duración, permitieron colocar a nuestro país entre los primeros de hispanoamérica en adoptar este tipo de legislación.

El concepto de enfermedad profesional no se contempló, marcando así una importante laguna. Tampoco se incluyeron los casos de fuerza mayor.

Por otra parte, esta Ley incorporó dentro de su cobertura a todas las empresas del comercio, obras públicas o particulares y las industrias, las cuales debían asegurar a sus trabajadores en compañías privadas de seguros.

Al promulgarse la Ley No. 67 del 11 de noviembre de 1947, entró a regir el nuevo Código de Trabajo, el cual siempre fue cuestionado por las fuerzas laborales, por considerar que el mismo era de corte patronal, es decir, con marcada tendencia a favorecer en mayor medida a los empleadores. En sus títulos décimo séptimo y décimoctavo, se adoptaron nuevas disposiciones en materia de riesgos del trabajo, las cuales reemplazaron las contenidas en la Ley No. 17 de 1916.

Vale la pena destacar que su cobertura estaba a cargo de las compañías privadas de seguros y era obligatoria para las siguientes empresas y ocupaciones:

- a) Las construcciones de todo género, inclusive los trabajos de demolición, reparación, conservación y obras similares;



- b) Las minas, canteras, excavaciones, aserraderos y salinas, siempre que éstas últimas emplearan maquinarias;
- c) Los transportes marítimos, fluviales, aéreos y terrestres;
- d) Los trabajos concernientes a los servicios de depósito, de carga y descarga y de muelles;
- e) La producción de gas o de electricidad, su distribución, explotación y conservación;
- f) Las fábricas y talleres;
- g) Los teatros y espectáculos públicos;
- h) Los trabajos en que se usaban materias explosivas, inflamables, insalubres o tóxicas; y
- i) Los demás trabajos en que se emplearan máquinas cortantes, filosas o aplastantes.

En caso de incapacidad temporal para el ejercicio de su ocupación habitual, el trabajador tenía derecho a una indemnización diaria igual a su salario durante los dos primeros meses de incapacidad; y equivalente al cincuenta por ciento (50%) del mismo, durante los diez siguientes, si el accidentado permanecía incapacitado todo ese tiempo, de conformidad con el dictamen médico.

Dicha indemnización era abonada por el patrono en los mismos días y condiciones en que debía serlo el salario, y se fijaba por lo menos en un balboa (B/1.00) diario; sin embargo, cuando el salario era menor de esa suma se paga completo.

En caso de incapacidad parcial permanente, el trabajador tenía derecho a una renta durante tres (3) años, calculada a base de su salario anual, según el porcentaje de incapacidad, de acuerdo con las reglas establecidas en ese mismo código.

---

En caso de Incapacidad Absoluta Permanente, el trabajador tenía derecho al pago, una vez establecida ésta, de una renta durante tres (3) años, calculada a base del sesenta por ciento (60%) de su salario anual; durante los dos (2) años siguientes, una renta igual al cuarenta por ciento (40%) de su salario anual; y dos (2) años más al treinta por ciento (30%).

En caso de muerte, una renta del veinte por ciento (20%) del salario anual de la víctima, durante seis años para el cónyuge o miembro superviviente de matrimonio o de la unión de hecho, también se contemplaban beneficios para los hijos hasta la edad de 18 años; para los padres del fallecido, al igual que los familiares hasta el tercer grado de consanguinidad, también tenían derecho a beneficios aunque en proporción inferior a los primeros.

En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, el empleador quedaba obligado a facilitar gratuitamente al trabajador, hasta cuando éste falleciera o se hallare completamente restablecido, o por dictamen médico se le declarase incapacitado permanente, la asistencia médica y servicios análogos contenidos en la Ley.

Mediante el Decreto de Gabinete No. 68 de 1970, se centralizó en la Caja de Seguro Social la cobertura obligatoria de los Riesgos Profesionales, para todos los trabajadores al servicio de las entidades del Estado y empresas particulares.

Dicha acción legislativa cristalizó una aspiración que se remonta al inicio de la creación de la Caja de Seguro Social en 1941. En efecto, a lo largo de la vida institucional, todas las administraciones que han estado al frente de la Caja de Seguro Social, intentaron incorporar la cobertura de los riesgos del trabajo, pero todos los esfuerzos siempre resultaban infructuosos ante la influencia de los intereses creados, los cuales siempre lograban su objetivo, es decir, que se mantuviera dicha cobertura en manos de las compañías privadas del seguro.

Por otra parte, la centralización de los riesgos del trabajo en la Caja de Seguro Social, marcó un avance significativo en su campo de aplicación por las razones siguientes:

- a) Aproximadamente 2,000 empresas estaban cubiertas por las compañías privadas de seguro. Al promulgarse el Decreto de

Gabinete No. 68 de 1970, se incorporaron 15,000 empleadores al programa obligatorio de Riesgos Profesionales de la Caja de Seguro Social.

- b) Al no existir el ánimo de lucro, principio determinante de la actividad mercantil e incompatible con la naturaleza de los Seguros Sociales, sus aportes o cotizaciones se destinaron íntegramente a la cobertura de las prestaciones en cuya virtud se establecieron.
- c) Lo anterior permitió que se hiciera efectiva la incorporación de las zonas bananeras, las cuales contaban en esa época con 11,000 trabajadores distribuidos entre las divisiones de Puerto Armuelles y Bocas del Toro.
- d) También se incorporaron, de manera efectiva, todos los trabajadores del sector público.
- e) Se logró la consolidación del campo de aplicación del régimen de seguridad social panameño, al ofrecer protección efectiva en los casos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, muerte y riesgos profesionales, para los trabajadores tanto del sector público como del privado.
- f) Al no tener que recurrir a largos litigios en los Tribunales de Trabajo, esto permitió que el asegurado recibiera con prontitud sus prestaciones.
- g) Se mejoraron las prestaciones introduciendo, entre otras, la cobertura de los accidentes in itinere, pensiones vitalicias para las viudas, con primas más ventajosas por cubrir un colectivo mayor.

De conformidad con la legislación vigente, en caso de accidente de trabajo o de enfermedad profesional, el asegurado tiene derecho a las siguientes prestaciones en especie:

- a) A la necesaria asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria y al suministro de los medicamentos y otros medios terapéuticos que requiere su estado;

- b) A la provisión, reparación y renovación normales de los aparatos de prótesis y ortopedia, cuyo uso se estime necesario por causa de la lesión sufrida;
- c) También tiene derecho a que se le reconozcan los gastos indispensables de transporte, de hospedaje y de alimentación, cuando éste deba ser trasladado por requerirlo su tratamiento, a un lugar distinto de su residencia habitual o lugar de trabajo.

En todo caso, no podrá negarse a un trabajador las prestaciones médicas a que tuviere derecho en caso de un riesgo profesional, aún cuando el patrono se encuentre moroso en el pago de sus cuotas.

La legislación vigente para los Riesgos Profesionales contempla en los siguientes casos:

### 3.1 PRESTACIONES EN DINERO

#### A) Incapacidad Temporal.

Cuando a causa del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional, el trabajador se incapacite temporalmente para el trabajo y por tal motivo deje de percibir salario, mientras no haya sido declarada la incapacidad permanente, tendrá derecho a un subsidio diario en dinero, desde el primer día de incapacidad, en cuantía igual a su salario durante los dos primeros meses y el equivalente al 60% del mismo salario, hasta cuando, según dictamen de los médicos, el trabajador se halle en condiciones de volver a su trabajo o se declare que no procede más el tratamiento curativo.

#### B) Incapacidad Permanente.

Para los efectos de la contingencia por riesgos profesionales, la incapacidad permanente se subdivide a su vez en parcial y absoluta.

Se entiende por incapacidad permanente parcial, la producida por alteraciones incurables o de duración no previsible, que disminuya la

incapacidad de trabajo del asegurado, sin que produzcan incapacidad permanente absoluta.

La incapacidad permanente absoluta es la producida por alteraciones orgánicas o funcionales incurables o de duración no previsible, que impidan al asegurado desempeñar cualquier clase de trabajo remunerado.

Sobre el cálculo de las prestaciones por incapacidad permanente, existe una tabla de valuación de incapacidades, la cual contempla, para cada tipo de lesión, un grado mínimo y un grado máximo. El grado de incapacidad que corresponda ante el mínimo y el máximo que se establezcan, se determinarán teniendo en cuenta la edad del trabajador, su profesión habitual y la repercusión que la lesión pueda tener sobre la obtención del empleo.

El incapacitado permanente parcial tendrá derecho a una pensión proporcional la que le hubiese correspondido en caso de incapacidad permanente absoluta y de acuerdo con el porcentaje de valuación de la incapacidad.

El incapacitado permanente absoluto tendrá derecho a una pensión mensual equivalente al 60% del salario.

El asegurado que quede con una incapacidad permanente igual o inferior al 35%, se le pagará, en sustitución de la pensión, una indemnización en capital equivalente a tres anualidades de aquella.

Las pensiones por incapacidad permanente parcial o absoluta se concederán inicialmente por el término de dos años. Si después de transcurrido tal período subsiste la incapacidad, la pensión tendrá carácter definitivo, reservándose la Caja de Seguro Social el derecho de revisar la incapacidad cuando lo juzgue necesario.

Las pensiones serán vitalicias al cumplimiento de los cincuenta y cinco años la mujer, y sesenta años el hombre.

---

C) Prestaciones en Caso de Muerte.

Cuando el accidente de trabajo o la enfermedad profesional causen la muerte del asegurado, habrá derecho a pensiones a las personas contempladas en la forma que sigue:

a) Viudas:

Pensión vitalicia, equivalente al 25% del salario del causante. En caso de ser única beneficiaria del causante, o cuando sea inválida, el monto de la pensión se elevará a un 30%.

A la falta de viuda, tendrá derecho a la pensión la mujer que convivía con el trabajador en unión libre, a condición de que no hubiere existido impedimento legal para contraer matrimonio, y de que la vida en común se hubiere iniciado con anterioridad a la fecha en que ocurrió el imprevisto laboral. Se aceptará como prueba de esta condición la declaración que haya hecho el trabajador en la forma que el Seguro lo determine en su correspondiente Reglamento. Si la compañera hubiere quedado en estado de gravidez al fallecimiento del trabajador o si hubiere hijos en común, se prescindirá del requisito de declaración previa del trabajador.

El viudo inválido o sexagenario de una trabajadora fallecida a consecuencia de accidente de trabajo o de enfermedad profesional, tendrá los mismos derechos a pensión de viudez, según este Decreto de Gabinete.

La pensión dejará de pagarse a la viuda que contraiga matrimonio o llegare a vivir en amancebamiento comprobado. En el primero de estos casos la Caja pagará a la viuda, en sustitución de la pensión, por una sola vez, una suma equivalente a una anualidad de la misma.

## b) Hijos:

Pensión hasta los 18 años de edad o vitalicia si son inválidos, en las siguientes cuantías:

El 15% si sólo hubiere un menor; el 25% si hubiere dos; el 35% si hubiere tres; y el 40% si hubiere cuatro o más.

Si desde el comienzo no hubiere beneficiarios con derecho, de los enumerados en el ordinal a), es decir, los casos de viudez, la pensión de los hijos se elevará al 20% del salario, cuando no fuere más que uno; o al 15% por cada uno de ellos si fueren dos o más.

## c) Madre:

Una pensión equivalente al 20% del salario durante 10 años, la cual se elevará al 30% de dicho salario, en caso de que, desde el comienzo, no hubiere beneficiario de los contemplados en el ordinal b) de este artículo.

## d) Padre:

Pensión equivalente al 10% del salario durante 10 años, si aquél fuere inválido o sexagenario.

## e) Hermanos:

Pensiones hasta los 18 años de edad, o vitalicias si son inválidos, en las mismas cuantías establecidas para los hijos del causante, en el caso de que dependiera económicamente de éste. Si desde el comienzo no hubiere beneficiarios con derecho a los contemplados en el ordinal d), la pensión de los hermanos del causante se elevará en la misma proporción establecida en el segundo párrafo del ordinal b).

---

## f) Otros beneficiarios:

Pensión equivalente al 10% del salario durante 6 años, para cada uno de los ascendientes y de los colaterales hasta el tercer grado, inclusive, sexagenario o incapacitado, que estuvieren dependiendo económicamente del asegurado, sin que el total de las pensiones contempladas en este ordinal excedan del 30% del salario del trabajador.

El Decreto de Gabinete No. 123 del 28 de mayo de 1970 tuvo como propósito permitir el traspaso, mediante convenios entre la Caja de Seguro Social y las compañías privadas de seguros, de todos los llamados siniestros en trámite, de tal suerte que la Caja de Seguro Social asumiera la responsabilidad de las prestaciones médicas y en dinero que en ese momento tenían las compañías de seguro.

Al celebrar tales convenios, las compañías aseguradoras traspasaron a la Caja de Seguro Social sus recursos técnicos para siniestros en trámite, calculados sobre las bases que la Caja de Seguro Social y las compañías de seguro hubieren convenido.

Esta justa disposición legal hizo más visible la transición de la cobertura de los riesgos de trabajo antes, por parte de las compañías privadas de seguros y ahora bajo la responsabilidad de la Caja de Seguro Social.

Mediante Decreto de Gabinete No. 252 del 30 de diciembre de 1971 y promulgado el 18 de febrero de 1972, entró a regir el nuevo Código de Trabajo. Dicho Código introdujo disposiciones que permitieron fortalecer los conceptos del Decreto de Gabinete No. 68 de 1970, es decir, la reciente legislación mediante la cual se centralizó en la Caja de Seguro Social la cobertura de los riesgos del trabajo.

En efecto, las disposiciones del nuevo Código de Trabajo destacaron la obligación del empleador de aplicar las medidas que sean necesarias para proteger la vida y salud de sus trabajadores.

Por otra parte, dejó claramente establecido que en lo relativo a los trabajadores cubiertos por el régimen obligatorio del Seguro Social, se estará a lo que dispone al respecto la legislación especial que sobre esta materia rige a la Caja de Seguro Social.

---





## **CAPITULO IV**

# **LA INTEGRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD**



#### 4.1 ANTECEDENTES

La necesidad de buscar un mecanismo que permita evitar la duplicidad de los servicios de salud, la dispersión de recursos y procurar un aumento en la eficiencia de los servicios de salud, sin afectar los intereses de la estructura, tanto administrativo como jurídico que regulan el funcionamiento de las diferentes instituciones que componen el sector salud, ha sido y es un tema de preocupación y de estudio por parte de los gobiernos latinoamericanos y de los organismos internacionales asesores en los campos de salud y de seguridad social, desde el inicio de la década de 1940.

A nivel centroamericano, desde el año de 1962, en la ciudad de Guatemala, durante la Séptima Reunión de Ministros de Salud se habla de integrar, unificar o coordinar todos los servicios médicos estatales inclusive los autónomos y semiautónomos. En Panamá se dan inicios previos con la confección del primer plan de salud en 1963. En 1969, la Organización de los Estados Americanos (OEA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) celebran una reunión conjunta de expertos, para discutir la coordinación de servicios médicos en la región de las Américas y, por último, en Panamá durante la Décimo Sexta Reunión de Ministros de Salud de Centroamérica y Panamá se recomendó en la materia las siguientes medidas:

- a) La integración y coordinación como medios de obtener mayor eficiencia y máximos rendimientos de los recursos.
  - b) La racionalización de la infraestructura y financiamiento de los servicios para alcanzar las metas que se proponen, y
  - c) La función directriz del Estado a través de los ministerios en forma indeclinable como organismos idóneos para dirigir y coordinar la política de salud.
-

Es desde 1962 en que se comienza a plantear estrategias y mecanismos para alcanzar las metas de salud y ya se observa en esa época con cierta preocupación, situaciones que no permitirían el desarrollo de un sistema de salud que garantizara a toda la población mejorar su nivel y permitiera al Estado el desarrollo armónico de dicho sector como un componente importante de su crecimiento.

Entre los problemas observados y que se trataban de solucionar a través de la integración de los servicios de salud, cabe destacar los siguientes:

- a) Duplicidad de servicios y recursos dedicados a la atención médica, por parte de las instituciones del sector salud.
- b) Concentración de recursos del sector en algunas provincias y falta o limitados recursos en otras.
- c) Énfasis en actividades del sector salud preventias en un subsector y de acciones curativas en otro. Esta diferencia de enfoque se traducía en bajas coberturas, altos costos de atención en la solución de los problemas de salud y división de los cuidados en salud de la población.
- d) Limitada utilización de la capacidad instalada y deterioro de las instalaciones físicas y de sus equipos.
- e) Poca accesibilidad de los servicios de salud para algunos sectores de la población.
- f) Deficiente respuesta administrativa en áreas básicas como compras y abastos, transporte y mantenimiento, y
- g) Falta de una coordinación efectiva en las principales instituciones del sector, en las áreas de planificación y en la solución en los problemas de salud.

A partir de 1973, a fin de realizar una verdadera política de integración del sector, se han dedicado recursos, desarrollado sistemas administrativos y diseñado estrategias para brindar una atención integral a los problemas del

sector, maximizando el rendimiento de sus recursos como un criterio de atención igualitario.

Se inicia escalonadamente la integración de las dos agencias principales del sector, en una estructura administrativa única, a nivel de cada provincia del país; proceso este que tiene su inicio en Colón, Bocas del Toro y Veraguas en 1973, y que en el lapso de 5 años llegó a abarcar todo el país, salvo parte de la provincia de Panamá.

#### **4.2 CONCEPTO Y DEFINICION DE LA INTEGRACION**

La unidad funcional de los Sistemas de Salud se fundamenta en un principio doctrinal básico de justicia, equidad y solidaridad humana que reconoce a la salud como un derecho (y un deber) de todos los hombres por igual. Este postulado ha sido reafirmado en la Declaración de Principios de la Organización Mundial de la Salud, en 1946; en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948; en la Duodécima Sexta Conferencia Internacional del Trabajo de 1944. Como tal, guarda íntima relación con los objetivos globales del desarrollo económico y social en la medida que los mismos posibiliten el pleno empleo y la ampliación de la cobertura de la seguridad social. Demanda como mecanismo básico de cobertura universal, la planificación sectorial (e intersectorial), la integración de las acciones preventivas, curativas y sociales, un sistema progresivo de financiamiento; la estandarización de métodos administrativos y una regionalización y sectorización efectiva, tanto de la responsabilidad por grupos definidos de población como de los recursos asignados para la prestación de servicios. Este esquema ha recibido una amplia divulgación como fórmula racionalizadora referente a la escasez crónica de recursos humanos, materiales y financieros que afecta mundialmente a las instituciones de salud.

En fecha más reciente, este principio ha sido reafirmado en la Declaración de Alma Ata, al señalarse las necesidades de desarrollar la atención primaria dentro del contexto de los sistemas nacionales de salud, postulado que es sustentado en el plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales.

---

El artículo III de la Constitución Política de la República de Panamá dispone lo siguiente:

“Los sectores gubernamentales de salud incluyendo sus instituciones autónomas y semi-autónomas intégranse orgánica y funcionalmente. La ley reglamentaría esta materia”.

Con fundamento en dicha disposición a partir de 1973 la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud dieron inicio al proceso de integración de los servicios y recursos para el desarrollo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Dichas acciones están orientadas a las personas, a la comunidad y al medio.

Ello es así, porque la Constitución Política además de la disposición que se ha transcrito en los artículos 105 y 112 establecen “la función del Estado de velar por la salud de la población y el derecho del individuo como parte de la comunidad a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud” y “el deber y el derecho de las comunidades de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud”. “El deber del Estado de garantizar que la población viva en un ambiente sano y libre de contaminación”.

Durante el “Foro de Salud 84” se definió por el personal técnico del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social el concepto de integración de la salud en la forma siguiente:

“La integración orgánica y funcional de los sectores gubernamentales de salud, es el ordenamiento resultante de la conjugación de todos los recursos que el sector público destina a la producción y de bienes y servicios para la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud de toda la población”.

Conforme a tal definición, lo que se integra son los recursos del sector gubernamental de salud destinados a producir bienes y servicios para la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud.

Entendiéndose como sector gubernamental de salud, “toda organización de recursos que los Ministerios, las entidades autónomas y semiautónomas

y cualquiera otra organización del sector público destina a la producción de bienes y servicios para la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud”.

#### **4.3 ANALISIS DE POLITICAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD ESTATALES**

En el Plan Nacional de Desarrollo (de 1976 a 1980) preparado por el Ministerio de Planificación y Política Económica (MIPPE) se consignan metas en aspectos de nutrición y salud. Una de las metas propuestas es la incorporación de todas las provincias al Sistema Integrado de Salud. El documento también destaca metas concretas para reducir la morbi-mortalidad específica de algunas enfermedades, aumentar la cobertura y aumentar los recursos humanos médicos y paramédicos, para obtener un aumento en la relación recursos-población a un nivel técnico aceptable. Muy importante es el hecho de que tanto el MIPPE, el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, han planteado estudios, diagnósticos, recomendaciones de políticas, estrategias y metas coincidentes en algunos aspectos básicos como son: la orientación hacia la medicina preventiva, el problema de la desnutrición, su prevención y reducción, la participación comunitaria en la política y de programa de salud, el desarrollo de un programa integral de salud, el desarrollo de las inversiones en las instalaciones físicas, incluyendo acueductos y alcantarillados.

Capacitar a los individuos y grupos acerca de los derechos individuales y colectivos en materia de salud. Proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente garantizando una atención integral. Combatir las enfermedades transmisibles mediante el saneamiento del medio, abastos de agua potable, vacunación, profilaxis y tratamiento. Crear según necesidades de cada región, establecimientos para la prestación de servicios de salud integral y el suministro de medicamentos. Estos servicios serán gratuitos a quienes carezcan de recursos económicos. Regular y vigilar el cumplimiento de las condiciones de salud y seguridad en los lugares de trabajo, estableciendo una política nacional de medicinas e higiene industrial y laboral. Desarrollar por parte del Estado una política nacional de medicamentos que promueva la producción, disponibilidad, accesibilidad, calidad y control de los medicamentos para toda la población.



El lema: **Salud Igual para Todos** es (imagen y objetivo del sistema) así como: la Salud es un Derecho y un Deber.

Otras políticas de salud fueron: asignar y organizar los recursos de salud para prestar servicios mínimos, básicos e integrados de salud a los sectores marginados. Incrementar los programas de organización y de adecuación de salud a las comunidades. Recuperar material y funcionalmente las instalaciones de salud, en función de una programación sectorial centralizada. Incrementar las actividades relacionadas con la prevención y protección de salud.

#### **4.4 PRINCIPALES ESTRATEGIAS APLICADAS EN LA EJECUCION DEL PROCESO DE INTEGRACION DE SALUD**

- 1º Se definió una provincia como región programática. En cada provincia (excepto en Panamá por su magnitud y complejidad) el Director del Sistema Integrado de Salud Provincial asumió la dirección de los recursos físicos, humanos y financieros asignados por la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud.
  - 2º Se establecieron mecanismos de comunicación directa entre el Director del Sistema Integrado de Salud y el Ministerio de Salud y el Director de la Caja de Seguro Social.
  - 3º El proceso de integración se inició en tres (3) provincias con características económicas y socio-culturales diferentes y con necesidades y problemas particulares durante el año de 1973 (en Colón, Veraguas y Bocas del Toro).
  - 4º Gradualmente se fueron incorporando al proceso otras provincias, Herrera y Los Santos, como la Región de Azuero en 1975. Chiriquí en 1976 y las provincias de Coclé y Darién en 1977.
  - 5º Los tres (3) primeros Directores de los Sistemas Integrados de Salud acogieron algunas recomendaciones públicas del Jefe de Gobierno, General Omar Torrijos Herrera que se resumen en:
-

- a) Utilizar los hospitales generales como base de los Sistemas Integrados de Salud para apoyar las otras instalaciones periféricas;
  - b) Enfatizar técnicas de prevención;
  - c) Racionalizar los recursos para aumentar la cobertura a un menor costo;
  - d) Adiestrar personal procedente de las propias comunidades para brindar atención primaria rural;
  - e) Agilizar la participación de las comunidades en los programas;
  - f) Centralizar la dirección y descentralizar las operaciones y coordinar con las 2 Jefaturas Nacionales (Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social).
- 6° El proceso de integración se inició con un diagnóstico de la situación de salud en algunos casos de todos los factores condicionales (vivienda, trabajo, educación, comunicación, estudio nutricional, características étnicas y socio-culturales, etc.).

#### **4.5 ORGANIZACION**

La organización funcional del Sistema Integrado de Salud se inició de la siguiente manera: el Ministerio de Salud en unión con la Caja de Seguro Social, a nivel nacional brindan el apoyo y los recursos a la Dirección Regional, quien fue la responsable directa de la ejecución de los programas en el Sistema. Esta dirección regional se organiza según las características de cada provincia en el aspecto técnico y en una dirección administrativa. A su vez, en línea directa están los hospitales, las áreas sanitarias y dependiendo de estas últimas los centros de salud, a su vez de éstos los subcentros de salud y los puestos de salud. Dentro del cuerpo técnico, incluimos entonces los servicios de laboratorios, radiología, departamentos de enfermería, departamento médico, etc. Asimismo, caracterizan por la descentralización administrativa y la homogenización normativa a través de los programas de salud. Actualmente se desarrollan en los sistemas integrados de salud, los programas de Materno Infantil, Salud de Adultos,

Salud Mental, Salud Ambiental, Salud Dental, Organización y Educación a la Comunidad, Programa de la Tercera Edad, Programa de Salud Ocupacional, Programa Nacional de la Erradicación de la Malaria, Programa del Control de Alimentos y Vigilancia Veterinaria, Nutrición, Vigilancia Epidemiológica y de Docencia. En estos programas se realizan actividades de prevención y promoción, de atención, recuperación, normatización, incluso actividades administrativas en cada uno de los diferentes Sistemas Integrados de Salud.

#### 4.6 RECURSOS

Para poder solventar las necesidades de atención que demandan nuestras comunidades, ha sido necesario el incremento de nuestros recursos físicos, humanos y financieros. El número de instalaciones de salud que aumentaron de 177 en 1973 a 619 en 1983 traduce el esfuerzo de nuestro gobierno en permitir a cada panameño el acceso a los servicios de atención médica. Las acciones evidentemente preventivas del Primer Nivel de Atención con el adiestramiento del personal de la comunidad como ente promotor en las mismas, sin descuidar los Centros de Salud Rurales, los Hospitales Regionales y Nacionales, constituyen la mejor garantía de una SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000; la definición de los niveles de atención; el establecimiento de un buen sistema de referencia y el desarrollo de la infraestructura de las instalaciones de menor a mayor complejidad den respuestas a la demanda que genera cada región del país, harán posible el cumplimiento de estos objetivos y metas.

La disponibilidad de recurso médico en el país ha aumentado de 7.2 a 10.5 x 10,000 habitantes; en enfermería de 6.8 a 10.6 x 10,000 habitantes, igualmente en cuanto a personal técnico y administrativo el aumento en el número de instalaciones de salud y los programas han hecho necesario el aumento de este personal que en las áreas integradas se ha duplicado. Los recursos financieros constituyen en todas luces, uno de los aspectos de mayor trascendencia en el desarrollo de nuestros programas de salud; la obtención de un financiamiento socialmente justo para toda la población es objetivo importante de la INTEGRACION de los servicios de salud. El sector público se nutre de los fondos que destina el gobierno central y el Seguro Social del 8.5% de las cuotas de los asegurados a través del programa de enfermedad y maternidad; el presupuesto nacional para el

año 1983 fue de 236 millones, es importante destacar el gasto per cápita desde 1972 a 1982 y observamos el incremento de la asignación presupuestaria de ambas instituciones en las áreas integradas.

El Seguro Social y el Ministerio de Salud aportaban hace diecisiete años el 50% del presupuesto del sector; hoy la Caja de Seguro Social aporta las dos terceras partes del gasto; paralelamente el porcentaje de asegurados (cotizantes activos, beneficiarios, jubilados y pensionados) se ha incrementado del 20% en 1982 al 58% en 1983. Es importante señalar que el asegurado por razones de concentrarse en áreas urbanas, sus patrones de conducta, nivel de vida, etc., genera mayor demanda de los servicios de atención: en caso de consulta médica 3:1 y consulta odontológica 2:1 en relación con el asegurado en regiones integradas.

#### 4.7 PRODUCCION

Los recursos que hemos analizado se han traducido, en los últimos diez años, en la duplicación de las consultas médicas que en el año 82 fueron más de cinco millones; las consultas odontológicas se triplicaron y las consultas de enfermería aumentaron de 39,851 a 426,069.

Las consultas brindadas a los asegurados (años 72-81) no han descendido sino que han aumentado en una proporción ligeramente mayor al incremento de la población protegida por la Seguridad Social: 69% vs 64.5%.

El número de egresos hospitalarios; las vacunas aplicadas han mantenido el ritmo creciente al igual que todas las actividades de los diferentes programas. Nuestros indicadores de MORBIMORTALIDAD reflejan que nuestra patología semeja la de un país desarrollado y nuestros recursos son de un país en vías de desarrollo, de allí lo importante de la evaluación de nuestra política de salud y el diseño de estrategias cónsonas con nuestra realidad. El acceso de agua potable: se construyeron 881 acueductos en los últimos cinco años, lo que ha permitido que más del 80% de nuestra población cuente con este servicio y el énfasis en los aspectos de saneamiento ambiental ha logrado que la malaria, la tuberculosis y las enfermedades hídricas sean sólo problema en áreas localizadas de nuestro país.

---

#### 4.8 INDICADORES

La cobertura de nuestros servicios es satisfactoria y la atención profesional del parto, las defunciones con certificado médico, la población con servicios sanitarios, etc.; ha permitido que el panameño de hoy tenga la esperanza de vivir más de setenta años. Los indicadores más usados para medir el estado de salud de la población son muestra evidente del éxito de nuestros programas y de la calidad de nuestro recurso más valioso: EL RECURSO HUMANO.

Las cifras de mortalidad infantil, mortalidad general, expectativa de vida son muestra elocuente de nuestro trabajo en salud.

#### 4.9 EJECUCION Y FINANCIAMIENTO DE LA INTEGRACION DEL SECTOR SALUD

Las responsabilidades institucionales en el financiamiento de la integración, han estado dirigidas al área de funcionamiento, a las inversiones en instalaciones físicas, equipamiento y programa de servicios. Los recursos destinados por el sector salud han variado en distintas provincias. Las limitaciones encontradas en información sobre los gastos, especialmente costos unitarios, y su distribución por programa, se limitan a establecer consideraciones generales sobre la participación de cada una de las instituciones en el financiamiento de esta política de salud.

Algunas relaciones y tendencias encontradas en el comportamiento del gasto y el detalle de las inversiones llevadas a cabo por el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, permiten una apreciación de la participación de estas instituciones en el desarrollo de la integración. Es importante señalar que en este análisis de responsabilidad institucional, debe tomarse en consideración indicadores importantes relacionados con la población y su comportamiento dentro del Sistema de Atención Médica.

Los elementos importantes en este análisis, son los siguientes:

- a) Población bajo responsabilidad legal de cada institución en cada provincia.

- b) Concentración y grado de uso de los servicios de salud por parte de la población.
- c) Promedio per cápita de gastos de funcionamiento para asegurados y no asegurados.
- d) Capacidad de aporte de instalaciones físicas y de personal de cada institución para la ejecución de la integración, y
- e) Responsabilidad en el desarrollo de programas y servicios para el control y saneamiento del medio y de los factores condicionantes de la salud de la población.

Por lo que respecta al primer concepto, o sea "población bajo responsabilidad legal de cada institución en cada provincia":

Durante el proceso de integración en salud, la Caja de Seguro Social se encontraba cumpliendo objetivos de ampliación de cobertura, mediante la incorporación de distritos al régimen obligatorio de Seguro Social y la extensión de beneficios de seguridad social a grupos organizados, tales como sindicatos de trabajadores, asentamientos campesinos, billetteros y otros.

Esta ampliación activó un nivel significativo para la seguridad social con la aprobación de la Ley 15 del 31 de marzo de 1975. La situación observada en los años 1973 y 1983, en relación a la población asegurada y no asegurada era de un crecimiento de la población asegurada a una tasa anual promedio de 9.3%, mientras que los no asegurados experimentaron un decrecimiento de 1.5% en el mismo lapso.

Por lo que se refiere a "Promedio per cápita de gastos de funcionamiento para asegurados y no asegurados": se requiere analizar el financiamiento global de las dos instituciones del sector a nivel nacional, ya que los sistemas integrados y su población, hacen uso de los recursos más costosos y complejos ubicados en el área metropolitana mediante un sistema de referencia, y por otra parte, esta misma situación en la utilización de los servicios se observa entre un sistema y otro, debido a la disponibilidad de los recursos humanos y tecnológicos disponibles en cada provincia. Por otra parte debe tomarse en cuenta que ciertos recursos y

---

programas a nivel nacional tanto del Ministerio de Salud como de la Caja de Seguro Social, se orienta a la solución de problemas de salud de los Sistemas Integrados y no se cuenta con una distribución exacta de su monto por provincia.

Entre estos programas administrados a nivel nacional, con sede en el Ministerio de salud y que representan aportes o inversiones significativas, se encuentran los programas de salud integral, epidemiología, erradicación de la malaria, dotación de agua potable y saneamiento ambiental.

Si se toma en cuenta el informe preliminar de 1984 de la Comisión para el Estudio de los Sistemas Integrados de Salud, es interesante resaltar los siguientes datos y relaciones sobre los aportes institucionales para la ejecución de la integración de salud y sobre las variaciones en la población bajo la responsabilidad de las dos instituciones a nivel nacional.

- a) La población protegida por la Caja en la república, aumentó en 102.7% de 1972 a 1982. La cobertura poblacional de la seguridad social se triplicó pasando de 430,000 personas a 1,132,000.
- b) En ese mismo período, el presupuesto de la Caja se incrementó en un 319% y el del Ministerio de Salud en 263.
- c) Para el financiamiento del sector, la Caja de Seguro Social aportaba en 1972 el 62.19% de su presupuesto y en 1982 el 66.63%, en tanto que el Ministerio de Salud en 1972 aportaba el 37.81% y en 1982 el 33.37%.
- d) El presupuesto por habitante bajo responsabilidad de la Caja de Seguro Social, fue en 1972 de B/95.00 por habitante y en 1982 de B/116.50, por habitante, haciendo un incremento en dicho período de 122.6%; en cambio el Ministerio de Salud aportaba B/23.44 por habitante en 1972 y B/82.77 por habitante en 1982, lo que da un incremento de 353.1% en el período señalado.

En 1983, el presupuesto global destinado a atención médica y cuidados de salud en las dos instituciones, ascendió a veintidós millones de balboas, de las cuales el 30% correspondió al Ministerio de Salud y el 70% a la Caja de Seguro Social.

Es relevante apuntar que las proporciones y cifras señaladas para 1982 se mantienen en 1995 ante la ausencia de un estudio real de costos unitarios que pudiera arrojar cifras diferentes.

Es innegable el beneficioso impacto que ha representado para la población panameña los sistemas integrados de salud, habida cuenta que se elevaron los indicadores de salud, al reducirse la mortalidad infantil y elevarse la expectativa de vida, no obstante la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud estuvieron atendiendo los preceptos constitucionales de la integración sin claras definiciones de costos por casi 10 años.

En 1990 ante la ausencia de la ley que deberá regular la integración, las dos Instituciones involucradas firman un acuerdo para la coordinación orgánica y funcional de los servicios de salud, introduciendo la compensación de costos a través del subsidio interinstitucional.

En el presente año, tanto el Ministerio de Salud como la Caja de Seguro Social determinan la urgente necesidad de definir con precisión los costos institucionales en los sistemas integrados de salud, a fin de evitar el subsidio institucional, a través de un análisis de la producción, rendimiento y costos reales de las prestaciones de salud, que asegure la debida compensación.

Se ha convenido que hasta en tanto se promulgue la ley que regule la integración, se desarrollará y fortalecerá un sistema que permita la integración funcional de los servicios que se brindan en establecimientos de ambas instituciones, con el propósito de atender por igual a toda la población que demande servicios públicos de atención médica, sin diferencia de ninguna índole, garantizando asimismo la mayor accesibilidad de los servicios de salud a todos los panameños.

En esta forma la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud se aprestan a firmar un nuevo acuerdo que garantice la operatividad de los Servicios Integrados de Salud, en forma ordenada, articulada y que redunde en la prestación de servicios de salud de mejor calidad, con mayor oportunidad, eficiencia y que impliquen una reducción de costos de los mismos, en beneficio de la población demandante independientemente de su condición de afiliado o no a la Seguridad Social.

---





**CAPITULO V**  
**OTROS PROGRAMAS**



## **5.1 PROGRAMAS DE PRESTAMOS HIPOTECARIOS**

La legislación vigente para la Caja de Seguro Social establece que los fondos de la Institución podrán invertirse entre otros en préstamos con garantía hipotecaria y anticrética a los asegurados para la construcción o adquisición de vivienda propia con seguro colectivo de vida, pudiendo acogerse al régimen de intereses preferenciales que se establezcan de acuerdo a las leyes vigentes.

Este programa de la seguridad social, iniciado en 1947 en beneficio de la población asegurada panameña, ha significado la oportunidad de empleo para muchos trabajadores en el ramo de la construcción y de desarrollo de la industria dedicada a la venta de materiales para la vivienda, pero lo más relevante es la significativa contribución al agudo problema de déficit habitacional, independientemente de los beneficios y dividendos que como inversión rinde a la Institución.

## **5.2 FONDO COMPLEMENTARIO DE PRESTACIONES SOCIALES PARA LOS SERVIDORES PUBLICOS**

Este Fondo fue creado por la Ley 15 del 31 de marzo de 1975 y reglamentado por la Ley 16 de la misma fecha, con el propósito de pagar todas las jubilaciones especiales de algunos grupos de servidores públicos que prevalecían en el país, de responsabilidad del Estado y para permitir al resto de los servidores públicos no protegidos por leyes especiales, una prestación complementaria a las pensiones que otorga la Caja de Seguro Social. En este fondo, la Caja de Seguro Social actúa solamente con las funciones propias del fiduciario de un fideicomiso.

El Fondo Complementario en el caso de las leyes especiales y tal como quedó establecido en la ley mantiene los mismos requisitos de edad, antigüedad de servicios y forma de cálculo establecidos en cada una de las leyes especiales que se fueron creando en el país desde la década de los años 20, sin responder a estudios actuariales y que se constituyeron en una

---

pesada carga para el Estado, habida cuenta que los beneficiados no realizaban contribución alguna para estas jubilaciones, la mayoría con último sueldo, sin requisito mínimo de edad y tan sólo de cierta antigüedad de servicios alcanzable en la década de los 40 años de edad, de donde se infiere la alta carga financiera que se debe atender hasta el fallecimiento del beneficiario.

El financiamiento del Fondo Complementario se inicia sin los capitales fundacionales que deberían haber aportado todas las instituciones beneficiarias de los mismos, partiendo sólo con el 0.5% de los salarios básicos de todos los servidores públicos, la cual fue aumentando hasta un 2% y con un aporte para su administración de 0.3% por parte del Estado, los Municipios, las entidades autónomas y las organizaciones públicas descentralizadas según su patrono.

La señalada situación ha originado una situación deficitaria que ha venido compensando el Estado.

La prestación complementaria se otorga al servidor público, que no posee una ley especial, luego de 25 años de cotizaciones como servidor público complementando la pensión por vejez, invalidez o incapacidad absoluta de riesgos profesionales hasta el 100% del salario promedio de los cinco mejores años como servidor público, hasta un tope de B/1,500.00 a los funcionarios públicos que en el momento de su retiro por vejez hayan aportado cotizaciones al Fondo Complementario, sin cumplir con el requisito de 25 años de cotizaciones, se les otorga una suma global equivalente al monto de la prestación complementaria a que hubieren tenido derecho por cada seis (6) meses de cotizaciones al Fondo.

### **5.3 FONDO COMPLEMENTARIO PARA LOS TRABAJADORES DE EMPRESAS PRIVADAS**

El Artículo 37 del Decreto 60 del 28 de junio de 1965, crea la posibilidad de que cualquier empresa privada pueda constituir un fondo en beneficio de sus trabajadores, con el propósito de complementar las pensiones que reciban de la Caja de Seguro Social.

---

La Caja de Seguro Social mantuvo desde su creación la potestad de revisarlos y autorizar su implementación, acción que recae actualmente en la Superintendencia de Seguros, actuando la Caja de Seguro Social únicamente como orientadora de los mismos.

No obstante, los evidentes beneficios que tanto trabajadores como patronos obtienen de estos fondos, financiados en ocasiones por el patrono y otros en forma bipartita, patrono-trabajador, solamente 21 empresas en el país han constituido los mismos.

---



## **CAPITULO VI**

# **MODERNIZACION DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL**





## 6.1 PANAMA EN EL PROCESO DE GLOBALIZACION E INTEGRACION MUNDIAL

Históricamente, Panamá ha desarrollado una economía con dos sectores claramente diferenciados y con reglas económicas igualmente distintas. Por un lado, un sector que operó dentro de un mercado competitivo, orientado hacia el mercado externo sin mayores regulaciones y controles estatales y que se desarrolló con mucha eficiencia. La Zona Libre de Colón, el Centro Bancario y de capitales, el Oleoducto Transístmico, algunas actividades de servicios, las industrias bananeras y camaroneras, constituyen sus casos más representativos.

Por otra parte, existe el otro sector que ha operado y continúa operando en mercados no competitivos, orientados fundamentalmente al mercado doméstico, con regulaciones estatales y con grandes distorsiones ocasionadas por la aplicación de políticas de protección y de precios, en la industria, la agricultura, la construcción y la vivienda, principalmente.

Este modelo dual de la economía panameña, aunque con muchas distorsiones, logró hasta finales de la década de los setenta, una importante generación de fuentes de trabajo y oportunidades para una población cada vez creciente. En efecto, la expansión de las actividades de ese sector competitivo, ubicadas en la Zona Libre de Colón, las áreas bananeras, la Zona del Canal y el Centro Bancario, permitieron una afluencia de recursos que se canalizaron hacia el otro sector no competitivo, y que se caracterizó por el desarrollo de sus actividades dentro de mercados altamente protegidos en la industria, la agricultura y la construcción.

A partir de entonces se empieza a producir un agotamiento gradual de estas fuentes de crecimiento como consecuencia de la pérdida sostenida y consistente de las ventajas comparativas para atraer inversiones tanto locales como extranjeras que presentaba Panamá con respecto al resto de los países del continente. Como se sabe, a partir de la década de los ochenta, muchos países latinoamericanos, inician la transformación de sus modelos económicos, introduciendo reformas a sus esquemas

comerciales y financieros, reduciendo sus impuestos de importación, integrando sus mercados para lograr mayor competitividad y eficiencia y aún permitiendo la circulación del dólar como moneda utilizada en los negocios y depósitos de cuentas bancarias y en la libre transferencia de capitales y utilidades. Todo ello significó una pérdida del atractivo que presentaba Panamá como uno de los pocos países que tenía con exclusividad estas condiciones para el desarrollo de negocios en general. Los resultados del agotamiento del modelo de la economía panameña se han traducido en un lento crecimiento de su economía, mayor desempleo, pobreza, deterioro de sus condiciones sociales y la dificultad de insertarnos en la economía mundial con condiciones de competitividad y eficiencia.

Adicional y simultáneamente a estas realidades, durante las últimas tres décadas, en Panamá existió la tendencia a considerar que el Estado tenía la responsabilidad de resolver todas o casi todas las carencias (además de asegurar el orden público y la provisión de la infraestructura básica económica y social, se consideró que el Estado debía atender o ser el elemento que proporcionara empleo estable a aquella población activa que no era absorbida por el resto del sistema). Obviamente que esa política de corte paternalista llegó a su límite y se muestra imposibilitada de continuar aplicándose en el futuro. El resentimiento de las finanzas públicas con gastos fuertemente crecientes, la pérdida del acceso al financiamiento externo mediante el endeudamiento y la poca eficiencia y baja productividad en muchas de las gestiones gubernamentales, exige en la actualidad con carácter de urgencia de una reorientación del papel que debe jugar el Estado en relación con el que jugó en décadas pasadas.

Toda esta situación ha hecho que Panamá haya iniciado un proceso de revisión de su estrategia de desarrollo, con el fin de mejorar sus oportunidades de crecimiento en el mediano y largo plazo. El país se encuentra actualmente inmerso en una serie de transformaciones fundamentales como respuesta al proceso de la creciente globalización de la economía mundial y con el objeto primordial de mejorar el nivel de vida de su sociedad, preferentemente el de los menos favorecidos. Con la aplicación y puesta en práctica de este programa de transformaciones se espera reducir significativamente los niveles de pobreza extrema y de pobreza, lo que se reflejará en una mejor distribución relativa de la riqueza y de los ingresos generados nacionalmente.

---

Fundamentalmente estas transformaciones incluyen entre otras: promoción del potencial exportador del país con medidas e incentivos directos; la liberalización comercial (reducción de barreras arancelarias y no arancelarias a la importación); aumento de la competencia reduciendo los monopolios y las barreras a la entrada a actividades; eliminación o reducción de las regulaciones e intervención estatal en la producción de bienes, servicios y mercadeo de factores; aumento de la productividad y competitividad del sistema económico eliminando distorsiones en el sistema de precios y de mercadeo; adecuación de las normas laborales para lograr mayor eficiencia y productividad en el sistema; promoción de la inversión privada en general y la inversión externa en particular; mejoras de la administración financiera y eficiencia del gobierno eliminando gastos superfluos, controlando salarios, optimizando las contrataciones y compras del Estado, ampliando el programa de privatizaciones y reduciendo el tamaño y responsabilidades del Estado.

Este conjunto de transformaciones para la modernización del Estado panameño no constituye en sí mismo una finalidad, sino el medio para alcanzar el objetivo de lograr una dramática reducción de las insuficiencias sociales existentes y de alcanzar mayores niveles de bienestar para la población panameña. Ello plantea la necesidad de readecuar y explicitar nuevas políticas en todos los sectores de la administración gubernamental, que permitan de manera coherente y realista, emprender los programas y proyectos, y tomar las acciones y medidas para la solución de los problemas más agobiantes de la sociedad panameña. Entre estos esfuerzos, se destacan de manera preponderante, aquellos dirigidos a fortalecer y mejorar el Sistema Nacional de Salud, como condición básica del desarrollo integral de la población, su consideración y tratamiento adecuado, oportuno, eficiente y prioritario, se constituye en un compromiso de toda la sociedad panameña, como un derecho humano universal y como una condición indispensable que facilite el desarrollo económico y social para el incremento de la productividad de la economía panameña.

Y es dentro de este contexto que el *Plan de Políticas Públicas para el Desarrollo Integral: Desarrollo Social con Eficiencia Económica* hace explícita la alta prioridad que el Gobierno le confiere a la Salud, al incorporar como uno de sus objetivos específicos la necesidad de "disminuir las irregularidades existentes en la atención de la salud, a fin de garantizar mayores niveles de accesibilidad de los grupos poblacionales más

---

necesitados. Las acciones se orientarán a la salud de la población y a la salud del ambiente”.

## 6.2 SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La Constitución Política de la República de Panamá 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”. “Todo individuo tiene derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia en caso de incapacidad para trabajar u obtener trabajo retribuido. Los servicios de seguridad social serán prestados o administrados por entidades autónomas y cubrirán los casos de enfermedad, maternidad, invalidez, subsidios de familia, vejez, viudez, orfandad, paro forzoso, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y las demás contingencias que puedan ser objetos de previsión y seguridad sociales. La ley proveerá la implantación de tales servicios a medida que las necesidades lo exijan”.

Para cumplir estas responsabilidades, el Estado ha creado una serie de instituciones durante el desarrollo de la vida del país, bajo la tutela del Ministerio de Salud en su carácter de organismo rector del Sector. Algunos de estos organismos suministran servicios de salud, ya sea directa o indirectamente, a la comunidad, otros contribuyen en los aspectos financieros, técnicos o de formación de recursos humanos para que el Estado pueda proveer los servicios y atender satisfactoriamente las necesidades de la población y del medio ambiente.

Entre las instituciones con responsabilidades por la ejecución de programas de salud se destacan el Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social, el Instituto de Acueductos Alcantarillados Nacionales (IDAAN) y la Dirección Metropolitana de Aseo (DIMA). Además, colaboran con el Sector, las universidades oficiales existentes en el país, en la formación científica y técnica de los recursos que requiere el desarrollo del sector, los gremios institucionales y profesionales, y las instancias administrativas existentes en los niveles distritales, municipales, corregimentales y en la propia comunidad.

Además, en la ejecución de los programas relacionados con el Sistema de Salud participan instituciones privadas, conformadas por las instalaciones de prestaciones de salud, los seguros de salud y las universidades privadas.

Con base en la norma constitucional y en las leyes que crean las instituciones del Sector Salud, los servicios de salud se han organizado por niveles de atención en forma piramidal, con una base amplia constituida por los servicios de atención primaria de baja complejidad y en su vértice se ubican los servicios más complejos. Para garantizar el cumplimiento de sus funciones las instituciones del Sector cuentan con dependencias orgánicas que operan y proyectan sus acciones a nivel nacional, regional y local desde las que se ofrecen los diferentes servicios de salud a la población y se desarrollan las campañas especializadas y las acciones técnicas.

En el año 1993, el país contaba con 612 instituciones de salud de atención directa al paciente, que en conjunto disponían de 7,453 camas, lo que significaba una tasa de 2.9 camas por cada 1,000 habitantes. El 87% de la totalidad de las camas pertenecen al Sector Público y el 13% eran propiedad del Sector Privado. Es importante y a la vez preocupante señalar que la situación existente en ese año de 1993 con respecto al año 1976, reflejó una disminución del funcionamiento de 66 establecimientos de salud, principalmente de subcentros y puestos de salud ubicados en áreas típicamente rurales. Además, se destaca que más del 50% de los restantes subcentros y puestos de salud se encuentran en muy malas condiciones físicas, lo que ha dificultado la prestación adecuada de los servicios básicos de salud a la población de estas áreas.

La distribución geográfica del número de camas por habitante, manifiesta la desigualdad existente entre las diferentes regiones del país, siendo las ciudades de Panamá, Colón y la provincia de Los Santos las que muestran los índices más altos, mientras que el resto de las provincias muestran en cambio tasas más bajas que el promedio general.

La expansión de los servicios de salud proporcionados por el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social ha implicado un aumento progresivo de los recursos humanos para hacerle frente a la creciente demanda de los mismos. En 1993 existían 3,168 médicos, 2,692 enfermeras, 570

---

odontólogos y 6,236 auxiliares de enfermería en el país, de los cuales cerca del 90% prestaban servicios en el Sector Público. Hay que notar que aún cuando se ha logrado aumentar los recursos humanos al servicio de los programas de salud todavía se evidencia déficit en los mismos por la desigual distribución geográfica del personal médico y paramédico existente.

En cuanto a la participación y responsabilidades en materia de salud y de seguridad social que le ha correspondido a la Caja de Seguro Social, se puede señalar que la Institución mantuvo durante el año 1993 bajo protección con derecho a algún tipo de prestaciones a 1,422,138 personas, es decir, al 56.1% de la población total del país. No obstante, informaciones recabadas por la institución revelan que menos de la mitad de dichas personas acuden a utilizar los servicios proporcionados por la misma. Hay que destacar, sin embargo, la tendencia alcista de la población protegida por la Caja de Seguro Social durante los últimos cuatro años (tasa de aumento de 8.7% anual), lo que hace suponer que en el muy corto plazo se alcancen y superen los niveles máximos del 63% logrados en el año 1978, y consecuentemente la necesidad de disponer de una mayor dotación de recursos para atender esta creciente población protegida.

Además, la población cotizante, que se ha incrementado durante los últimos tres años a una tasa de 4.5% anual, alcanzó en el año 1993 a 548,205 personas, es decir, poco más de la tercera parte de la población protegida. Obviamente la evolución de estas tendencias, con crecimientos inferiores de la población protegida, hace obligante la necesidad de introducir ajustes en la organización, funcionamiento y operación de la institución a fin de responder adecuadamente al incremento de la demanda por sus servicios.

Como las actividades tendientes a la protección y a la conservación de la salud de la población panameña son responsabilidad de varias instituciones públicas, es evidente que la necesidad de coordinación entre ellas cobra importancia y urgencia. Muchos de los problemas detectados en el Sector tienen su raíz en fallas en la coordinación de las acciones en salud no solamente a nivel intergerencial, sino también dentro de las propias direcciones de una misma institución. Si a ello se agrega que, en muchas ocasiones, se evidencia la falta de una definición clara de las responsabilidades y el papel que le compete a cada una de las Instituciones Públicas destinadas a elevar el nivel de salud individual y colectivo de la

población demandante, resulta obvio que los recursos puestos a disposición del Sector nunca serán suficientes para brindar una adecuada atención a dicha población.

Tradicionalmente, y principalmente durante las dos últimas décadas, el Sector Salud ha tenido una alta consideración dentro del gasto público. En el año 1993, por ejemplo, se le asignó un presupuesto de 570 millones de Balboas, que representó el 14.2% del presupuesto del Sector Público y el 8.7% del Producto Interno Bruto del país, lo que lo ubica como uno de los más altos dentro de los países de América Latina y del Caribe. Aún cuando es notorio que estas asignaciones han permitido logros significativos de los niveles de salud experimentados por la sociedad panameña, también es evidente que existe un amplio margen para mejorar y elevar los resultados obtenidos en términos de equidad, cobertura, eficiencia, eficacia y productividad de los servicios que se brindan a la comunidad. Y éste es precisamente el reto a que se enfrentan los organismos del Sector y dentro de ellos, es el compromiso que adquiere la Caja de Seguro Social.

### **6.3 REFORMA DEL SECTOR SALUD**

Si bien, a primera vista se considera que Panamá ha logrado significativas mejoras en las condiciones y situación de la salud de su población, mejoras que la ubican dentro de los países de mayor avance en este sector dentro de los países de América y del Caribe, también es cierto que los indicadores de salud del país, como se ha señalado, tienden a encubrir disparidades regionales y marcadas deficiencias en cuanto a la provisión de servicios que recibe la población panameña. Uno de estos problemas de mayor importancia se relaciona con la poca eficiencia y baja productividad de los recursos financieros, humanos y técnicos que las diferentes Instituciones del Sector Salud ponen a disposición de la comunidad.

En años anteriores se pensaba que en cuanto a la dotación de servicios de salud la función del Estado era la de aumentar la cobertura geográfica o la cantidad y el tipo de los mismos, pero se ponía muy poca atención en cuanto a aumentar la eficiencia de los recursos dedicados a la prestación de éstos. No cabe duda que la prioridad actual es enfatizar en el mejoramiento de la eficiencia y productividad en el uso de los recursos existentes y dirigirlos a las áreas y destinos prioritarios, no sólo para

---



mantener la cobertura de cámaras, servicios médicos y de enfermería y para continuar desarrollando las diversas campañas de vacunación, de letración, de compras y manejo de inventarios, de dotación de medicinas y de materiales de salud, etc., sino también con el propósito de aumentar tales coberturas.

Se considera que un mecanismo idóneo para mejorar los niveles de eficiencia, efectividad y productividad de las acciones en beneficio de la salud, lo constituye la integración entre el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social de aquellos servicios de salud donde resulte posible hacerla. No sólo por el mandato constitucional que hace obligante la integración orgánica y funcional de sus instituciones, sino por la imperiosa necesidad de lograr mejoras significativas en la calidad y cantidad de los servicios que se ofrecen a la población panameña.

En este aspecto de la integración de los servicios de salud se deberá definir cuál es la alternativa y modalidad más conveniente para que la comunidad pueda recibir una atención adecuada, oportuna y eficiente. Con ese propósito deberá definirse la ley que reglamente el proceso de integración de los servicios públicos de salud, incluidas las disposiciones que regulen el ámbito de competencia de cada una de las instituciones prestadoras de los servicios de salud y su correspondiente medición de resultados en términos técnicos, administrativos y financieros.

Debido a que los gastos en salud han constituido uno de los principales rubros dentro del presupuesto público y ante la creciente estrechez fiscal que enfrenta el gobierno, es de suponer que la ampliación de la oferta de los servicios de salud va a depender cada vez más de un uso eficiente de los recursos existentes y de una mayor participación del sector privado en la prestación de estos servicios. Sobre este último aspecto hay que recordar que la salud es una resultante que está determinada por decisiones que toman diferentes sectores que muchas veces trascienden la voluntad de los sectores oficiales, lo que hace necesario establecer de manera concertada los espacios para la participación del sector privado en la prestación de los servicios de salud.

Ante la situación descrita en lo que se refiere a la salud panameña, y para adecuarse a la concepción renovadora de las estructuras económicas y sociales que se están implantando en el país, la Caja de Seguro Social ha

---

decidido transitar el camino de la modernización de su sistema de seguridad social. Lo hace no solamente como una obligación moral para con sus asegurados, sino como una necesidad para enfrentar con éxito los retos de la posibilidad del establecimiento y operación en nuestro medio de otros regímenes de seguros de carácter privado, tal como está ocurriendo en otros países de América. Con este propósito, la Caja de Seguro Social se ha propuesto la opción de organizarse utilizando criterios, valores y parámetros financieros y operativos de las organizaciones privadas, pero con una función social. De esta manera, se pretende cumplir con eficiencia la misión social y la responsabilidad que le manda su ley orgánica dentro de condiciones de solidez financiera.

Esta nueva concepción implica que la estructura, sistemas organizativos y la cultura de la Institución sufran modificaciones, a fin de lograr un mayor dinamismo, velocidad, eficacia, eficiencia y se produzcan los resultados que espera la población asegurada demandante de sus servicios. Esta modernización exige también una permanente revisión de la situación económica de la Institución en por lo menos dos aspectos básicos: a) Incremento del rendimiento de la cartera de inversiones mediante la posibilidad de adquirir en el mercado un portafolio de inversiones, que resulten con mejores rendimientos que lo que está obteniendo actualmente; y b) Una real autonomía administrativa que le permita un proceso de evaluación de su gestión con rendimientos de cuentas a la comunidad en general y, particularmente, a sus verdaderos dueños, la población asegurada conformada por los trabajadores activos y pasivos y sus dependientes.

Estos lineamientos generales de la modernización de la Caja de Seguro Social, además de las peculiaridades propias de la Institución, ha tomado en cuenta los lineamientos políticos y estratégicos de salud recogidos en un documento de trabajo preparado por el Ministerio de Salud a finales del año 1994, los cuales han sido expuestos y analizados en diversas reuniones de trabajo. La definición misma del proceso de recopilación, preparación y análisis de los diferentes componentes de nuestra propuesta ha sido deliberativa y participativa. Los funcionarios de la institución han intervenido en la preparación de la propuesta como paso previo a la aprobación de la misma por parte de las instancias directivas pertinentes.

Los funcionarios de la Caja de Seguro Social estamos convencidos que la salud debe ser realmente accesible a toda la población y, por ello, las

---

instituciones del Sector, incluyendo la nuestra, deberán ubicarse lo más cerca posible a la comunidad a la cual sirve. No tememos al cambio, y estamos comprometidos y dispuestos a asumir nuestras responsabilidades y garantizar nuestra participación en el establecimiento y ejecución del nuevo Sistema Nacional de Salud, dentro de una concepción más moderna, coordinadamente con el Ministerio de Salud y con las otras entidades que conforman el Sector Salud.

#### **6.4 FILOSOFIA Y PRINCIPIOS DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL**

La filosofía de organización de la Caja de Seguro Social está basada en los siguientes conceptos:

- a) Orientación a la satisfacción de las demandas del asegurado(a).
- b) Proceso que asegure calidad integral.
- c) El desempeño del trabajador será evaluado por el asegurado(a) y por el funcionario que recibe el resultado de su trabajo en las relaciones interprocesos.
- d) La calidad de respuesta al asegurado(a) y funcionario(a), lo que traduce su conocimiento, capacidad, motivación y destreza, **constituyen la base para promoción y compensación.**

Para garantizar el alcance de esta visión, la Institución promueve y practica una concepción de sinergia entre procesos de las áreas estratégicas.

Esto significa que en la Caja, los tres grandes sistemas (Salud Integral, Seguridad Económica y Mercado Financiero) forman un conglomerado sinérgico que fortalece la capacidad competitiva y la calidad de la respuesta en salud y en beneficios económicos, condiciones que constituyen los cimientos del liderazgo de la Institución.

En este marco, la Institución procura aumentar la calidad de respuesta y minimizar los recursos utilizados en cada servicio a ser prestado, a través del desarrollo de nuevas tecnologías, tanto en el área médica como en el

---

área administrativa. La adquisición y utilización de tecnologías nuevas y más avanzadas en el área de la salud en Panamá se propone hacer de la Caja una Institución líder en ese campo, aún más allá de las fronteras nacionales.

Reconstruyendo los procesos de trabajo, es posible determinar cómo disminuir el número de pasos y minimizar los costos. Además debe mejorarse el tiempo requerido para realizar una actividad, utilizar mejor el personal y aumentar la calidad del servicio ofertado. Para lograr lo anterior, debe modificarse la forma de trabajar y establecerse normas y procedimientos claros y conocidos para cada actividad.

Con la aplicación de esta reforma, la Caja aseguraría la estabilidad del personal, ya que considera que todos los trabajadores tienen un espacio en la institución y pueden brindar su capacidad creativa en la solución de los problemas que limitan la oferta y la demanda.

Por otro lado, dentro de los factores de éxito, debe buscarse el aumento del rendimiento económico. En ese sentido, la Caja de Seguro Social tiene que lograr que los fondos que pagan los asegurados se administren adecuadamente para generar mayores beneficios económicos y financieros. Esto significa que las inversiones deben tener un mayor rendimiento.

## **6.5 PLAN DE IMPLEMENTACION**

La transformación radical que implica el Plan de Modernización de la Caja de Seguro Social conlleva al desarrollo técnico de muchos de los componentes, tales como la definición de la configuración óptima de la unidad de investigación operativa en su estructura multifuncional e interdisciplinaria, así como el equilibrio óptimo al nivel de negocios de salud y el nivel de los procesos, para hacer más eficiente ese sistema.

De igual manera, existen áreas que requieren mayor desarrollo técnico tales como: participación social, descentralización, indicadores de éxito, prioridad de inversiones en salud, docencia y otros. No significa esto que deben estar previamente establecidas antes de emprender las tareas que se proponen en el presente plan; muy por el contrario, como metodología de implantación, el plan ha de seguir una ruta de abajo hacia arriba y son

---

los grupos de trabajo los que deberán contestar las interrogantes; las que se han señalado y muchas otras que surgirán durante el ejercicio mismo de la implantación de esta transformación.

Todos los esfuerzos iniciales deben encaminarse a que los funcionarios de la Caja de Seguro Social se vayan persuadiendo de la necesidad de un cambio radical para alcanzar la visión planteada: ser el líder en los negocios de salud, de seguridad económica y de inversión económica.

En este contexto, se identifican distintas etapas en el plan de implementación, a saber:

- a) Posicionamiento de la Institución en el contexto actual en relación a la visión.
- b) Negociación de los términos de referencia particulares del Plan de Modernización en relación con los niveles e instituciones a involucrar prioritariamente en cada fase.
- c) Inducción hacia el personal de la institución y los asegurados, a través de un programa de comunicación, educación y motivación.
- d) Capacitación de los nuevos líderes.
- e) Desarrollo de los procesos generales de apoyo.
- f) Diseño de un sistema de valoración del impacto de la modernización basado en indicadores de:
  - satisfacción de los clientes.
  - aumento de la cobertura.
  - concentración.
  - eficiencia en los procesos y productos.
- g) Desarrollo de los microprocesos y la nueva organización.

El lema fundamental del Plan de Modernización es que **“juntos los vamos a hacer”**. Esta frase simbólica tiene dos grandes mensajes:

---

- a) La firme, irrevocable y no negociable decisión de la Dirección General de transformar positivamente a la institución, para alcanzar un nivel de excelencia para beneficio de los asegurados.
- b) Esta transformación está abierta al concurso de todas las fuerzas que crean realmente en la justicia social y en la seguridad social.

Ahora, si bien en el plan presentado se ha buscado ser cónsonos con los imperativos que mueven la sociedad global de nuestros días y la necesidad de que la Seguridad Social del país asuma con creatividad y talento los desafíos de esta hora y del futuro, debe decirse que la motivación principal que anidó en el cerebro de todos y cada uno de quienes intervinieron en esta tarea fue la certeza de que la organización debía salir siendo competitiva. Como negocio social éste era el mejor modo de servir a la nación y a la época.

La excelencia y calidad de gestión que se viene implementando con éxito, es el mejor modo de testimoniar nuestra adhesión a la modernidad.

---



**APENDICE**  
**(Tablas Estadísticas)**



CAJA DE SEGURO SOCIAL  
DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION  
Departamento Nacional de Estadística

POBLACION ASEGURADA POR LA CAJA DE SEGURO SOCIAL Y POBLACION  
NO ASEGURADA EN LA REPUBLICA, SEGUN PROVINCIA: AÑO 1994

Provincia	Población				
	Asegurada				No asegurados
	Total	Cotizantes activos (1)	Pensiones y jubilados (2)	Dependientes	
TOTAL .....	1,522,826	500,037	103,031	919,758	1,055,998
Bocas del Toro .....	54,373	19,679	1,373	33,321	35,197
Coclé .....	107,352	36,542	5,624	65,186	76,591
Colón .....	134,089	44,157	8,896	81,036	49,827
Chiriquí .....	227,189	78,119	10,911	138,159	180,335
Darién .....	11,143	4,183	184	6,776	33,606
Herrera .....	58,329	19,813	3,106	35,410	54,398
Los Santos .....	48,471	16,258	2,844	29,369	39,255
Panamá .....	750,129	233,791	66,427	449,911	439,868
Veraguas .....	119,885	43,068	3,435	73,382	113,237
San Blas .....	11,866	4,427	231	7,208	33,684

(1) Cifras suministradas por la Dirección Nacional de Informática.

(2) Cifras suministradas por la Asesora de la Subdirección General.

Comentarios: Se observa que el 59.0% del total de la población está protegida por la Caja de Seguro Social; que el número de cotizantes representa el 39.6% de la población asegurada y que los beneficiarios o dependientes el 60.4%; la relación de activos y pensionados más jubilados es aproximadamente cinco (5), es decir, que por cada pensionado o jubilado hay cinco (5), trabajadores solidarios con él, y por cada cotizante activo hay un promedio aproximadamente dos (2) dependientes o beneficiarios.

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION  
Departamento Nacional de Estadística

POBLACION TOTAL, ECONOMICAMENTE ACTIVA Y ASEGURADA EN LA  
REPUBLICA: 1989-93

Total	Población protegida				
	1989	1990	1991	1992	1993
Población total 1/ . . .	2,371,014	2,398,042	2,466,228	2,488,333	2,535,012
Población económica- mente activa 2/ . . . .	888,164	820,005	856,202	920,541	941,107
Población total prote- gida 3/ . . . . .	1,052,336	1,218,660	1,264,212	1,327,229	1,422,138
Porcentaje sobre la población to- tal . . . . .	44.4	50.8	51.3	53.3	56.1
Asegurados cotizantes 4/ . . . . .	451,200	480,800	504,900	531,000	548,205
Porcentaje sobre la población pro- tegida . . . . .	42.9	39.4	39.9	40.0	38.5
Activos 5/ . . . . .	372,700	398,300	417,600	439,300	453,105
Porcentaje sobre la población eco- nómicamente activa . . . . .	42.0	48.6	48.8	47.7	48.1
Pensionados 6/ . . . .	78,500	82,500	87,300	91,700	95,100
Dependientes 7/ . . . .	601,136	737,860	759,312	796,229	873,933
De asegurados cotizantes activos . . .	592,227	725,485	746,275	782,611	859,076
De pensionados . . . .	8,909	12,375	13,037	13,618	14,857

1/ Dirección de Estadística y Censo. Estimación al 1º de julio.

2/ Cifras estimadas por el Departamento Nacional de Estadística de la Caja de Seguro Social en base al recuento preliminar del IX Censo Nacional de Población.

3/ Se refiere a los asegurados cotizantes activos, pensionados y sus dependientes.

4/ Se refiere a la persona protegida que mediante el pago de las contribuciones establecidas por la ley, efectuando directamente o por intermedio de terceros, generó para sí misma o sus dependientes, el derecho a ciertos beneficios.

5/ Se refiere a los asegurados cotizantes que trabajan o están en actividad.

6/ Se refiere a los pensionados vigentes por vejez, vejez anticipada, invalidez, sobrevivientes, riesgos profesionales y jubilados del estado.

7/ Se refiere a los dependientes de asegurados cotizantes inscritos a la Institución.

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION  
Departamento Nacional de Estadística

EMPLEADOS QUE LABORAN PARA LA INSTITUCION,  
POR NUMERO Y MONTO: AÑOS 1990-94

AÑO (1)	NUMERO	MONTO
1990	13,946	8,198,786
1991	13,559	8,577,040
1992	13,523	8,646,732
1993	13,670	8,979,872
1994	14,105	9,370,363

(1) Se refiere al mes de agosto.

Fuente: Dirección Nacional de Informática.

SALARIO BASICOS DEVENGADOS EN LA REPUBLICA, POR SECTOR:  
AÑOS 1985-93 Y PRIMER SEMESTRE DE 1994.  
(En Millones de Balboas)

Año	Total	Particu- lares	Público				Volun- tarios
			Total	Entidades autónomas descentrali- zadas	Gobierno central	Munici- pios	
1985	1716.6	892.9	<sup>2/</sup> 817.1	379.0	422.7	15.4	6.6
1986	1848.6	959.0	882.2	414.9	451.4	15.9	7.4
1987	1893.1	985.2	900.1	420.8	462.6	16.7	7.8
1988	1679.6	809.1	865.9	398.2	451.1	16.6	4.6
1989	1632.5	760.6	866.6	408.8	442.4	15.4	5.3
1990	1830.1	981.3	842.9	403.3	422.4	17.0	5.9
1991	1833.3	1,037.2	790.3	336.7	433.7	19.9	5.8
1992	1958.3	1,073.3	878.9	384.4	473.4	21.1	6.1
1993	1956.3	1,217.6	733.2	307.3	406.5	19.4	5.5
1994 (1er. Semestre)	1117.4	702.5	411.6	162.2	238.8	10.6	3.3

<sup>2/</sup> El monto total del Sector Público incluye los asentamientos campesinos.

**INGRESOS DEVENGADOS Y GASTOS EFECTUADOS POR  
LA INSTITUCION EN LA REPUBLICA SEGUN CONCEPTO:  
(En Millones de Balboas)**

Concepto	1989	1990	1991	1992	1993	1er. semestre de 1994
<b>INGRESOS, TOTAL</b>	<b>482.35</b>	<b>520.86</b>	<b>590.48</b>	<b>863.08</b>	<b>756.06</b>	<b>343.20</b>
Ingresos corrientes	458.78	498.05	548.33	620.93	713.91	301.05
Ingresos por cuotas	312.70	349.41	352.23	389.09	470.91	235.03
Cuotas de trabajadores	117.98	137.32	132.49	141.55	168.81	82.54
Particulares	55.15	73.74	75.19	77.82	102.79	50.52
Gobierno Central	32.08	31.90	31.45	34.33	34.98	17.28
Municipios	1.12	1.29	1.44	1.53	1.62	0.76
Entidades Autónomas y semi-autónomas.	29.63	30.39	24.41	27.87	29.42	13.98
Cuotas de Patrono	174.93	191.04	196.44	209.88	250.28	122.27
Particulares	81.77	102.89	111.47	115.38	152.40	74.90
Gobierno Central	47.56	44.14	46.63	50.90	51.86	25.68
Municipios	1.66	1.78	2.14	2.27	2.40	1.13
Entidades Autónomas y semi-autónomas.	43.94	42.23	36.20	41.33	43.62	20.62
Cuotas de Pensionados y jubilados	17.85	18.96	21.23	22.76	25.11	13.27
Particulares	14.54	15.31	17.20	18.40	20.33	10.73
Gobierno Central	3.31	3.65	4.03	4.36	4.78	2.54
Municipios	0.99	1.02	1.03	1.04	1.12	0.24
Entidades Autónomas y semi-autónomas.	0.95	1.07	1.04	1.10	1.17	0.59
Prima de Riesgos Profesionales	22.61	25.14	26.12	29.10	36.32	18.05
Particulares	11.24	14.66	16.00	17.67	24.86	12.65
Gobierno Central	6.62	6.37	6.47	7.10	7.29	3.58
Municipios	0.11	0.12	0.14	0.15	0.16	0.08
Entidades Autónomas y semi-autónomas.	4.54	3.99	3.51	4.18	4.01	1.74
Décimo Tercer Mes	0.02	0.01	0.01	0.13	0.02	0.03
Aportes	18.30	19.87	60.00	51.18	52.14	32.06
Aportes Estatales	15.89	17.27	57.55	56.26	59.21	28.61
0.8% de sueldos básicos	13.17	14.74	14.77	15.62	18.78	10.49
Impuestos 1/	2.72	2.53	2.65	2.51	2.93	1.41
Aportaciones del Gobierno Central al financiamiento del S.I.S.	--	--	40.13	38.13	37.50	16.71
Aportes al Fondo Complementario	2.41	2.60	2.45	2.68	2.93	1.42
Gobierno Central	1.35	1.37	1.30	1.43	1.42	0.78
Municipios	0.04	0.05	0.05	0.06	0.06	0.02
Entidades Autónomas y semi-autónomas.	1.02	1.18	1.10	1.19	1.45	0.62
Renta de Inversiones	101.63	96.68	104.47	108.28	117.99	58.89
Intereses por préstamos	20.98	20.22	19.28	22.48	16.88	7.44
Intereses por bonos	3.35	3.06	10.61	9.45	4.78	2.36
Intereses por pagarés	58.71	55.88	52.84	52.46	73.77	37.89
Dividendos de acciones	0.01	--	0.01	0.01	0.03	0.01
Alquileres	0.41	0.43	0.47	0.42	0.46	0.24

**INGRESOS DEVENGADOS Y GASTOS EFECTUADOS POR  
LA INSTITUCION EN LA REPUBLICA SEGUN CONCEPTO:  
(En Millones de Balboas)**

Concepto	1989	1990	1991	1992	1993	1er. semestre de 1994
Intereses sobre depósitos a Plazo fijo.	3.47	6.99	7.87	8.93	12.99	6.33
Intereses-Proyectos de vivienda en ejecución.	5.98	5.79	5.79	5.92	2.92	1.27
Intereses-otras inversiones	0.02	--	--	--	--	--
5% del costo de Instalaciones de clínicas y hospitales	2.10	3.26	3.15	4.12	5.49	2.98
Certificados de depósitos de inv. Cef.	0.01	0.05	0.05	0.05		
Intereses sobre morosidad						
Gobierno Central	6.59	--	4.39	4.41	0.54	0.31
Otros	--	--	0.01	0.03	0.13	0.06
Otros Ingresos corrientes	3.62	7.94	5.50	5.48	7.55	3.94
Venta de servicios	1.17	1.29	2.38	2.42	4.05	2.01
Multas y recargos	1.66	1.29	2.23	2.13	2.95	1.63
Reintegros, ajustes y otros	0.79	5.36	0.89	0.93	0.55	0.30
Gastos desproporcionados de los S.I.S.	--	--	--	--	--	--
Ingresos de Capital	2.43	0.90	1.56	1.82	1.61	1.31
Ingresos especiales	21.14	21.91	40.59	52.41	59.50	26.75
Cuotas del Fondo Complementario						
Gobierno Central	17.05	17.06	38.22	39.55	52.87	23.10
Municipios	8.79	8.44	8.65	8.91	9.42	4.91
Entidades autónomas y semi-autónomas	0.31	0.33	0.34	0.41	0.43	0.22
Pensionados por vejez anticipada.	7.90	8.17	7.53	7.89	7.91	3.43
Abono al déficit corriente acumulado	0.05	0.06	0.07	0.07	0.08	0.03
Intereses del Fondo complementario	--	--	19.51	22.17	34.95	14.48
Fideicomiso	--	0.06	0.12	0.04	0.02	0.01
Prima de Antigüedad	0.06	0.06	--	0.06	0.06	0.02
Fondo de especial de pensionados y jubilados	3.04	3.47	--	--	--	--
Fondo de especial de pensionados y jubilados	0.99	1.32	4.37	4.92	6.63	3.31
Gastos Incurridos	452.79	461.04	522.85	562.33	590.32	288.31
Administración general	21.86	19.02	18.15	19.20	22.49	10.25
Enfermedad y maternidad 2/	165.11	149.98	167.08	179.03	182.38	90.18
Invalidez, vejez y muerte 2/	221.24	236.20	267.87	297.12	316.16	156.25
Riesgos Profesionales 2/	18.67	18.78	19.91	20.87	21.90	9.95
Fondo complementarios	34.06	35.15	41.49	44.31	46.29	21.15
Prima de Antigüedad	1.39	1.42	--	--	--	--
Fideicomiso	0.46	0.49	1.85	0.87	0.64	0.32
Fondo especial para jubilados y pensionados	--	--	6.49	0.93	0.46	0.21
Superávit.	29.56	59.62	67.63	65.82	64.72	38.11

1/ Impuestos sobre la fabricación de licores, vinos y cervezas a que se refiere el Decreto Ley N° 4, del 3 de Sept. de 1941, artículos 45, 53, y 60.

2/ Incluye los gastos administrativos de estos riesgos.

SUBSIDIOS DE FUNERALES CONCEDIDOS Y MONTO PAGADO EN LA REPUBLICA,  
POR SEXO, AÑOS 1973-93 Y PRIMER SEMESTRE DE 1994.

Año	Subsidios de funerales concedidos					
	Total		Hombres		Mujeres	
	Número	Monto (en Balboas)	Número	Monto (en Balboas)	Número	Monto (en Balboas)
1973	713	71,186	559	55,786	154	15,400
1974	720	71,934	574	57,337	146	14,597
1975	717	71,787	537	53,787	180	18,000
1976	794	88,400	596	66,600	198	21,800
1977	841	126,150	639	95,850	202	30,300
1978	770	115,500	603	90,450	167	25,050
1979	1,000	150,000	790	118,500	210	31,500
1980	1,066	159,900	852	127,800	214	32,100
1981 a/	1,100	275,000	864	216,000	236	59,000
1982	1,203	300,750	923	230,750	280	70,000
1983	1,279	319,750	999	249,750	280	70,000
1984	1,435	b/ 358,728	1,108	276,978	327	81,750
1985	1,502	375,500	1,125	281,250	377	94,250
1986	1,557	b/ 389,031	1,178	b/ 294,281	379	94,750
1987	1,452	363,000	1,119	279,750	333	83,250
1988	1,545	386,250	1,156	289,000	389	97,250
1989	1,479	369,750	1,125	281,250	354	88,500
1990	1,918	b/ 476,180	1,471	364,671	447	111,509
1991	1,780	b/ 443,666	1,352	336,841	428	106,825
1992	1,800	b/ 449,950	1,362	340,450	438	109,500
1993	1,902	475,500	1,421	355,250	481	120,250
1994 (1er. semestre)	2,078	519,500	1,534	383,500	544	136,000

a/ A partir de enero, se aumentó el subsidio de funeral de B/. 150.00 a B/. 250.00.

b/ Se pagaron subsidios inferiores a B/. 250.00.

SUBSIDIOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL CONCEDIDOS Y MONTO PAGADO A  
ASEGURADOS COTIZANTES ACTIVOS EN LA REPUBLICA: AÑOS 1963-93  
Y PRIMER SEMESTRE DE 1994

Año	Subsidios de incapacidad temporal concedidos		
	Número	Monto (en Balboas)	Monto promedio por subsidio (Balboas)
1963	1,165	116,346	99
1964	1,557	157,725	101
1965	1,800	210,876	117
1966	2,129	245,396	115
1967	2,427	282,660	116
1968	2,677	320,512	119
1969	3,164	413,291	130
1970	3,891	509,268	130
1971	4,777	605,407	126
1972	5,280	654,572	123
1973	6,168	875,379	141
1974	5,952	838,503	140
1975	6,229	971,023	155
1976	6,783	1,400,885	206
1977	6,731	1,382,207	205
1978	6,361	1,227,895	193
1979	6,523	1,470,956	225
1980	7,210	1,664,048	230
1981	8,872	2,404,546	271
1982	9,525	2,791,492	293
1983	9,332	2,970,179	318
1984	9,181	2,862,269	311
1985	10,145	3,527,416	347
1986	10,585	3,901,631	368
1987	11,400	3,580,462	314
1988	13,289	2,719,635	204
1989	8,768	2,641,937	301
1990	7,112	2,970,000	417
1991	8,274	2,985,702	360
1992	8,261	2,808,309	339
1993	10,636	3,322,478	312
1994 (1er. semestre)	5,763	1,720,421	298

NOTA: Estos subsidios comenzaron a concederse a partir del 1º de enero de 1963.

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION  
Departamento Nacional de Estadística

SUBSIDIOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL CONCEDIDOS POR ACCIDENTES DEL  
TRABAJO EN LA REPUBLICA, POR GRUPOS DE ACTIVIDAD ECONOMICA:  
AÑO 1970-93

Año	Subsidios de incapacidad temporal concedidos por accidentes del trabajo								
	Total	Grupos de actividad económica 1/							
		Agricultura, silvicultura, caza y pesca	Explotación de minas y canteras	Industrias manufactureras	Construcción	Electricidad, gas, agua y servicios sanitarios	Comercio	Transporte, almacenamiento y comunicaciones	Servicios
1970	14,205	5,510	35	3,620	2,595	212	1,392	234	607
1971	32,797	10,861	123	9,508	6,829	536	3,090	515	1,335
1972	34,175	10,370	124	9,339	8,340	543	3,294	534	1,631
1973	34,618	8,263	105	10,003	10,596	423	3,246	503	1,479
1974	32,082	6,030	82	9,788	9,801	661	3,515	537	1,668
1975	33,153	8,322	107	9,438	8,265	677	3,210	603	2,511
1978	29,944	8,990	86	8,465	5,649	667	2,798	576	2,713
1977	26,983	9,115	66	7,933	3,889	568	2,537	475	2,400
1978	26,399	8,388	33	7,842	3,976	627	2,448	529	2,556
1979	26,409	6,738	41	8,827	4,175	588	2,731	518	2,791
1980	26,608	8,319	27	8,201	3,863	396	2,509	504	2,789
1981	26,729	8,630	26	7,583	4,372	438	2,326	539	2,815
1982	26,758	8,487	30	7,386	4,360	491	2,244	439	3,321
1983	23,559	7,903	16	6,969	2,424	411	2,262	408	3,166
1984	24,157	8,791	17	8,952	2,103	259	2,360	441	3,234
1985	21,362	8,366	20	6,097	1,538	123	2,335	269	2,614
1986	18,115	5,794	29	5,570	1,678	80	2,196	257	2,511
1987	19,362	6,925	17	5,547	1,743	98	2,176	240	2,616
1988	12,016	5,736	16	2,689	429	66	1,380	152	1,548
1989	11,809	6,078	13	2,660	263	87	1,352	138	1,218
1990	13,317	6,585	36	3,090	361	150	1,477	165	1,453
1991	14,227	5,303	62	3,499	713	259	1,720	159	2,512
1992 (R)	14,937	4,917	63	3,821	1,374	119	1,969	151	2,523
1993 (P)	15,246	4,341	41	4,245	1,993	74	2,135	151	2,266

1/ Según la Clasificación Industrial Uniforme de las Actividades Económicas adaptadas a Panamá y revisada en julio de 1980.

(P) Cifras preliminares.

(R) Cifras revisadas.



CAJA DE SEGURO SOCIAL  
DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION  
Departamento Nacional de Estadística

SUBSIDIOS CONCEDIDOS POR RIESGOS PROFESIONALES EN LA REPUBLICA, POR  
CLASE: AÑOS 1970-93 Y PRIMER SEMESTRE DE 1994

Año	Subsidios concedidos				
	Total		Clase de subsidio		
	Número	Monto pagado (en Balboas) 1/	Accidentes de		Enfermedad ocupacional
Trabajo			Trayecto		
1970	14,205	461,546	14,205	---	---
1971	33,076	1,183,236	32,797	---	279
1972	34,618	1,479,651	34,175	---	443
1973	35,796	1,762,955	34,618	671	507
1974	33,884	2,005,556	32,082	983	819
1975	35,410	2,206,842	33,153	1,127	1,130
1976	32,008	2,385,914	29,944	1,149	915
1977	29,146	2,398,126	26,983	1,225	938
1978	28,716	2,665,135	26,399	1,435	882
1979	28,740	3,055,118	26,409	1,414	917
1980	29,076	3,135,105	26,608	1,252	1,216
1981	29,866	4,019,515	26,729	1,370	1,767
1982	29,571	5,449,002	26,758	1,432	1,381
1983	29,504	5,675,895	23,559	1,575	1,370
1984	27,012	6,704,232	24,157	1,454	1,401
1985	23,867	7,414,027	21,362	1,104	1,401
1986	20,721	8,297,243	18,115	1,385	1,221
1987	22,005	6,791,634	19,362	1,233	1,410
1988	13,249	4,074,513	12,016	510	723
1989	13,169	3,651,122	11,809	869	491
1990	15,118	3,833,300	13,317	778	1,023
1991	17,160	3,607,906	14,227	1,499	1,434
1992 (R)	17,225	4,572,893	14,937	1,228	1,060
1993 (P)	17,634	4,614,402	15,246	1,449	939
1994 (I sem.)	8,809	2,093,970	7,904	616	289

1/ El monto pagado se obtuvo del Informe de Contabilidad de Riesgos Profesionales.

(P) Cifras preliminares.

(R) Cifras revisadas.

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION  
Departamento Nacional de Estadística

SUBSIDIOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL CONCEDIDOS Y MONTO PAGADO POR  
ACCIDENTES DEL TRABAJO, TRAYECTO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES EN  
LA REPUBLICA, POR PROVINCIA: AÑOS 1992-1993 Y PRIMER SEMESTRE DE 1994

Número de subsidios										
Año	Total	Bocas del Toro	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas
1992	17,225	2,577	1,409	680	4,018	1	151	65	7,859	465
1993	17,634	2,677	1,350	774	2,946	2	128	60	9,252	445
1994 (1 semestre)	8,809	1,202	997	297	1,417	0	81	18	4,471	326

Monto (en miles de Balboas)										
1992	4,572.8	508.8	117.0	300.9	1,236.1	1.6	40.8	0.0	2,316.9	50.7
1993	4,614.4	406.1	100.0	298.5	918.5	0.5	34.4	0.3	2,801.5	54.6
1994 (1 semestre)	2,093.9	206.9	61.8	122.5	393.0	0.0	22.4	0.0	1,260.4	26.9

(a) Mediante Decreto de Gabinete N° 68 del 31 de marzo de 1970, se centraliza en la Caja de Seguro Social la cobertura obligatoria de los Riesgos Profesionales.  
El subsidio de incapacidad temporal por este riesgo, se comenzó a conceder a partir del mes de julio de 1970.

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION  
Departamento Nacional de Estadística

SUBSIDIOS DE FUNERALES CONCEDIDOS POR RIESGOS PROFESIONALES EN LA  
REPUBLICA, SEGUN ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA: AÑO 1989-94

Año	Subsidios de funerales concedidos por Riesgos Profesionales								
	Total	Grupos de actividad económica 1/							
		Agricultura, silvicultura, caza y pesca	Explotación de minas y canteras	Industrias manufactureras	Construcción	Electricidad, gas, agua y servicios sanitarios	Comercio	Transporte, almacenamiento y comunicaciones	Servicio
1989	19	1	--	1	1	2	2	1	11
1990	16	3	--	3	1	1	3	2	3
1991	23	2	--	4	3	--	5	2	7
1992	45	6	--	11	4	2	7	3	12
1993	49	--	--	15	6	1	7	5	15
1994	59	1	1	6	8	--	15	4	24

1/ Según la Clasificación Industrial Uniforme de las Actividades Económicas adaptada a Panamá y revisada en julio de 1980.

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION  
Departamento Nacional de Estadística

NUMERO Y MONTO DE LAS INDEMNIZACIONES PAGADAS POR RIESGOS  
PROFESIONALES, SEGUN MES: AÑO 1994

Mes	Número	Monto (en Balboas)
TOTAL	326	439,620
Enero	21	25,976
Febrero	24	22,370
Marzo	11	14,576
Abril	34	62,304
Mayo	25	31,531
Junio	15	12,928
Julio	35	42,433
Agosto	41	39,267
Septiembre	28	37,667
Octubre	25	35,264
Noviembre	37	49,881
Diciembre	30	65,418

Fuente: Departamento de Administración y Contabilidad de Riesgos Profesionales.

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION  
Departamento Nacional de Estadística

INSTALACIONES DE SALUD DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL EN LA REPUBLICA,  
POR UBICACION, SEGUN TIPO Y NOMBRE DE LA INSTALACION:  
AL 31 DE DICIEMBRE DE 1994

Tipo y nombre de la instalación	Ubicación		
	Provincia	Distrito	Corregimiento
<b>HOSPITALES:</b>			
Almirante	Bocas del Toro	Changuinola	Almirante
Changuinola	Bocas del Toro	Changuinola	Cabecera
Complejo Hospitalario "Manuel Amador G."	Colón	Colón	Barrio Sur
Regional "Dr. Rafael Hernández"	Chiriquí	David	Cabecera
"Dionisio Arrocha"	Chiriquí	Barú	Puerto Armuelles
El Vigía	Herrera	Chitré	Cabecera
Complejo Hospitalario Metropolitano "Dr. Arnulfo Arias M."	Panamá	Panamá	Bella Vista
Chepo	Panamá	Chepo	Cabecera
Hogar de la Esperanza	Panamá	Arraiján	Veracruz
"Dr. Ezequiel Abadía"	Veraguas	Soná	Soná
<b>CENTROS MEDICOS INTEGRADOS:</b>			
Sabanitas	Colón	Colón	Sabanitas
Nuevo San Juan	Colón	Colón	San Juan
<b>POLICLINICAS:</b>			
Guabito	Bocas del Toro	Changuinola	Guabito
"Manuel de Jesús Rojas"	Coclé	Aguadulce	Cabecera
"San Juan de Dios"	Coclé	Natá	Natá
"Manuel Paulino Ocaña"	Coclé	Penonomé	Cabecera
"Dr. Hugo Spadafora"	Colón	Colón	Cristóbal
Boquete	Chiriquí	Boquete	Cabecera
"Pablo Espinosa"	Chiriquí	Bugaba	Concepción
"Gustavo A. Ros"	Chiriquí	David	Cabecera
"Dr. Robertos Ramírez de Diego"	Herrera	Chitré	Cabecera
"Dr. Emilio Castro C."	Los Santos	Las Tablas	Cabecera
"San Juan de Dios"	Los Santos	Los Santos	Cabecera
"Presidente Remón"	Panamá	Panamá	Santa Ana

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION  
Departamento Nacional de Estadística

INSTALACIONES DE SALUD DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL EN LA REPUBLICA,  
POR UBICACION, SEGUN TIPO Y NOMBRE DE LA INSTALACION:  
AL 31 DE DICIEMBRE DE 1994

Tipo y nombre de la instalación	Ubicación		
	Provincia	Distrito	Corregimiento
"Lic. Manuel María Valdés"	Panamá	San Miguelito	Mateo Iturralde
"Dr. Joaquín J. Vallarino Z."	Panamá	Panamá	Juan Díaz
"Don Alejandro De la Guardia Hijo"	Panamá	Panamá	Betania
"Dr. Manuel Ferrer Valdés"	Panamá	Panamá	Calidonia
"Dr. Carlos N. Brin"	Panamá	Panamá	San Francisco
"Dr. Juan E. Vega Méndez"	Panamá	San Carlos	San Carlos
"Dr. Santiago Barraza"	Panamá	La Chorrera	Barrio Colón
Arraiján	Panamá	Arraiján	Cabecera
"Generoso Guardia"	Panamá	San Miguelito	Belisario Porras
"Dr. Horacio Díaz Gómez"	Veraguas	Santiago	Cabecera
Especializada	Veraguas	Santiago	Cabecera
CENTROS DE SALUD:			
Divalá	Chiriquí	Alanje	Divalá
Progreso	Chiriquí	Barú	Progreso
Lechoza	Chiriquí	Barú	Cabecera
Caoba	Chiriquí	Barú	Cabecera
Corredor	Chiriquí	Barú	Cabecera
Malagueto	Chiriquí	Barú	Cabecera
Blanco	Chiriquí	Barú	Cabecera
Cañitas	Panamá	Chepo	Cañitas
DISPENSARIOS:			
Ceiba	Chiriquí	Barú	Cabecera
Jobito	Chiriquí	Barú	Cabecera
Santa Rita	Chiriquí	Alanje	Divalá
Palmita	Chiriquí	Barú	Puerto Armuelles
Los Angeles	Chiriquí	Alanje	Divalá
SUBCENTROS DE SALUD:			
Zapatero	Chiriquí	Barú	Puerto Armuelles

HOSPITALIZACION	1991	1992	1993
Camas	1643	1968	1977
Egresos	51301	63805	66554
Defunciones	1734	2169	2298
Dias de estancia de egresados	422600	503837	509887
Nacimientos	9074	12650	12538
Vivos	8967	12479	12411
Muertos	107	171	127
Partos	9016	12575	12473
Cesareas	1703	2214	2219
Abortos	995	1903	2212
Dias paciente hospitalizados	431639	509026	508015
Camas dias disponibles	594107	715336	725347
Intervenciones Quirurgicas (Cir. mayor y menor)	23583	26280	27823
<b>INDICADORES</b>			
Permanencia de egresos	8	8	8
Promedio diario de camas ocupadas	1183	1391	1392
Giro de camas	31	32	34
Porcentaje ocupacional	73	71	70
Tasa de mortalidad hospitalaria por 100 egresos	3	3	3
Tasa de cesareas por 100 partos	19	18	18
Tasa de nacidos muertos por 100 nacimientos	1	1	1
Tasa de abortos por 100 embarazos	10	13	15

**CONSULTAS MEDICAS Y TECNICAS, ODONTOLOGICAS Y SERVICIOS  
INTERMEDIOS OTORGADOS EN EL RESTO DE LA REPUBLICA: AÑO 1992-93 Y  
PRIMER SEMESTRE DE 1994**

Año	Consultas médicas y técnicas	Consultas odontológicas	Servicios Intermedios			
			Exámenes de laboratorio	Prescripciones, farmacológicas	Inyecciones aplicadas	Estudios radiológicos
						Exámenes
<b>TOTAL</b>						
1992	2,815,803	410,381	5,253,209	6,830,644	907,550	234,159
1993	1,375,762	178,530	3,107,894	3,685,501	488,602	173,128
Prim. Sem. 1994	688,935	94,842	1,520,385	1,971,221	244,872	84,980
<b>Bocas del Toro</b>						
1992	207,238	36,455	286,052	318,469	171,211	16,363
1993	126,016	16,216	239,683	248,857	147,747	17,300
Prim. Sem. 1994	86,129	8,074	120,137	158,966	69,109	8,158
<b>Coclé</b>						
1992	374,831	70,780	654,697	903,222	95,574	20,993
1993	113,350	25,242	262,985	305,643	21,613	7,429
Prim. Sem. 1994	54,418	15,006	141,038	166,548	11,986	4,312
<b>Colón</b>						
1992	350,948	45,360	894,769	502,155	146,597	36,019
1993	274,376	30,298	879,398	437,291	103,715	38,889
Prim. Sem. 1994	135,050	11,594	451,780	237,693	52,812	19,944
<b>Chiriquí</b>						
1992	845,578	146,154	1,749,151	1,996,802	191,787	85,978
1993	455,546	63,993	1,281,336	1,384,950	103,275	71,153
Prim. Sem. 1994	216,144	31,280	607,862	696,966	50,403	33,646
<b>Darién</b>						
1992	60,874	7,282	30,971	57,051	32,798	576
<b>Herrera (1)</b>						
1992	287,708	9,346	571,536	790,494	76,412	26,690
1993	137,563	13,191	196,638	410,197	29,971	20,475
Prim. Sem. 1994	67,077	4,707	105,370	220,576	15,266	9,439
<b>Los Santos (1)</b>						
1992	255,346	16,276	423,934	1,179,471	59,995	17,749
1993	88,577	20,729	74,493	264,825	16,454	4,114
Prim. Sem. 1994	41,531	11,487	13,182	139,999	8,903	2,384
<b>Veraguas</b>						
1992	367,808	65,920	579,861	988,607	101,106	29,481
1993	180,334	8,861	173,361	633,738	65,827	13,768
Prim. Sem. 1994	88,586	12,694	81,016	350,473	36,393	7,097
<b>San Blas</b>						
1992	65,472	12,808	62,238	94,373	32,070	310

Nota: A partir de 1993 sólo incluye información de las instalaciones de la C.S.S.

(1) A partir de 1992 las consultas odontológicas sólo incluye instalaciones de la C.S.S.

(2) La policlínica Dr. Horacio Díaz Gómez no prestó el servicio de odontología.



CAJA DE SEGURO SOCIAL  
DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION  
Departamento Nacional de Estadística

NUMERO Y MONTO DE LAS PENSIONES Y JUBILACIONES VIGENTES A DICIEMBRE DE CADA AÑO: AÑOS, 1984-88

Programa y Prestación	1984		1985		1986		1987		1988	
	número	monto	número	monto	número	monto	número	monto	número	monto
Vejez, Invalidez y Muerte	53,199	126,690,600	57,327	141,832,984	60,971	171,412,000	64,442	188,199,00	67,461	200,396,000
Pensión de Vejez	24,085	66,125,664	25,394	72,260,779	27,086	89,016,000	28,303	93,955,000	29,841	100,228,000
Pensión de Vejez Anticipada	9,935	34,438,920	11,414	40,928,649	13,247	49,344,000	14,874	58,432,000	16,003	63,395,000
Pensión de Invalidez	7,166	15,596,796	7,713	17,071,896	7,946	19,604,000	8,149	21,036,000	8,298	21,488,000
Pensión de Sobreviviente	13,013	10,529,220	12,806	11,571,660	12,692	13,448,000	13,116	14,776,000	13,319	15,285,000
Riesgos Profesionales	3,029	2,667,257	3,168	2,914,833	3,277	3,064,565	3,366	3,284,862	3,378	3,577,000
Pensión Parcial Permanente	66	956,462	762	1,082,946	846	1,214,868	932	1,341,097	1,019	1,478,000
Pensión Absoluta Permanente	175	389,272	204	414,385	210	413,268	213	433,011	216	541,000
Pensión de Sobreviviente	2,188	1,321,522	2,202	1,417,501	2,221	1,436,428	2,221	1,510,753	2,143	1,558,000
Fondo Complementario	7,476	18,262,000	8,276	23,222,000	9,149	20,868,000	10,027	25,130,000	11,081	25,440,000
Jubilación por Antigüedad de Servicios	4,596	15,598,000	5,065	20,279,000	5,614	17,502,000	6,179	21,420,000	6,899	21,530,000
Jubilación por Incapacidad Física	235	181,000	251	146,000	274	288,000	293	224,000	301	122,000
Prestación Complementaria por Vejez	1,058	1,115,000	1,163	1,238,000	1,298	1,322,000	1,414	1,460,000	1,596	1,596,000
Prestación Complementaria por Vejez Anticipada	227	356,000	277	419,000	352	499,000	434	623,000	530	735,000
Prestación Complementaria por Invalidez	1,360	1,012,000	1,520	1,140,000	1,611	1,257,000	1,707	1,403,000	1,755	1,457,000

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION  
Departamento Nacional de Estadística

NUMERO Y MONTO DE LAS PENSIONES Y JUBILACIONES VIGENTES A DICIEMBRE DE CADA AÑO: AÑOS, 1989-1993

Programa y Prestación	1989		1990		1991		1992		1993	
	número	monto	número	monto	número	monto	número	monto	número	monto
Vejez, Invalidez y Muerte	71,158	213,707,000	74,732	229,262,037	78,663	249,247,083	63,216	269,819,290	90,568	298,575,565
Pensión de Vejez	31,479	105,567,357	33,100	114,189,469	34,679	122,615,507	36,156	130,466,694	37,874	138,601,315
Pensión de Vejez Anticipada	17,238	69,853,594	17,973	74,163,807	19,537	82,514,304	21,803	92,891,318	26,233	111,235,296
Pensión de Invalidez	8,831	22,851,044	9,466	24,902,740	9,911	26,663,048	10,316	28,220,932	10,512	29,093,769
Pensión de Sobreviviente	13,610	15,435,994	14,193	16,006,021	14,736	17,434,224	14,941	18,220,351	15,949	19,645,185
Riesgos Profesionales	3,436	3,656,504	3,543	3,897,037	3,618	4,091,569	3,735	4,367,980	3,782	4,599,133
Pensión Parcial Permanente	1,124	1,594,315	1,196	1,710,762	1,290	1,843,637	1,378	2,014,774	1,447	2,154,142
Pensión Absoluta Permanente	232	561,196	232	582,819	269	663,084	297	760,264	317	832,937
Pensión de Sobreviviente	2,080	1,480,993	2,115	1,603,456	2,059	1,564,848	2,060	1,592,942	2,018	1,612,054
Fondo Complementario	12,388	34,180,484	13,712	36,543,191	14,895	39,131,188	16,117	41,825,861	17,116	44,295,438
Jubilación por Antigüedad de Servicios	7,739	29,124,743	8,439	30,564,975	9,102	32,346,886	9,784	34,217,095	10,399	35,842,029
Jubilación por Incapacidad Física	319	487,240	339	520,168	341	522,250	351	533,532	355	546,611
Prestación Complementaria por Vejez	1,765	1,880,754	1,991	2,193,794	2,145	2,407,543	2,306	2,616,034	2,435	2,639,317
Prestación Complementaria por Vejez Anticipada	633	958,692	754	1,200,279	851	1,428,689	989	1,745,884	1,156	2,158,441
Prestación Complementaria por Invalidez	1,932	1,729,055	2,189	203,975	2,456	2,423,820	2,687	2,713,316	2,771	2,909,040

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION  
Departamento Nacional de Estadística

NUMERO Y MONTO DE LOS SUBSIDIOS POR PROGRAMA: AÑOS 1984-89

Programa y Subsidio	1984		1985		1986		1987		1988		1989	
	número	monto	número	monto	número	monto	número	monto	número	monto	número	monto
Enfermedad y Maternidad	20,647	11,185,221	22,485	12,571,188	23,273	11,959,301	23,375	11,748,529	23,811	10,620,956	19,593	9,992,177
Subsidio por Incapacidad Temporal	9,181	2,862,269	10,145	3,527,416	10,585	3,901,631	11,400	3,580,462	13,289	2,719,635	8,768	2,641,937
Subsidio de Maternidad	7,433	8,144,090	7,653	8,830,391	7,323	7,804,207	6,639	7,911,872	6,469	7,710,468	6,016	7,125,855
Subsidio de Lentes	4,033	178,861	4,667	213,380	5,365	253,463	5,336	256,193	4,053	190,852	4,809	224,385
Vejez, Invalidez y Muerte	1,460	3,359,978	1,507	375,750	1,566	389,581	1,468	363,800	1,561	387,050	1,512	371,400
Subsidio de Funeral	1,435	356,728	1,502	375,500	1,557	389,031	1,452	363,000	1,545	386,250	1,479	369,750
Subsidio de Escolaridad	25	1,250	5	250	11	550	16	800	16	800	33	1,650
Riesgos Profesionales	27,034	6,709,732	23,844	7,420,777	20,748	8,303,993	22,026	6,796,864	13,267	4,079,013	13,188	3,655,872
Subsidio de Incapacidad Temporal	27,012	6,704,232	23,617	7,414,027	20,721	8,297,243	22,005	6,791,634	13,249	4,074,513	13,169	3,651,122
Subsidio de Funeral	22	5,500	27	6,750	27	6,750	21	5,250	18	4,500	19	4,750

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION  
Departamento Nacional de Estadística

NUMERO Y MONTO DE LOS SUBSIDIOS CONCEDIDOS POR PROGRAMA: 1990-93

Programa y Subsidio	1990		1991		1992		1993 (P)	
	número	monto	número	monto	número	monto	número	monto
Enfermedad y Maternidad	18,548	10,741,242	20,101	10,534,594	19,954	9,628,929	21,342	10,235,271
Subsidio por Incapacidad Temporal	7,112	2,970,000	8,274	2,985,702	8,261	2,808,309	10,636	3,322,478
Subsidio de Maternidad	5,762	7,510,000	6,018	7,275,078	5,155	6,508,844	5,297	6,651,213
Subsidio de Lentes	5,674	261,242	5,809	273,813	6,538	311,775	5,409	261,579
Vejez, Invalidez y Muerte	1,928	476,680	1,871	444,616	1,822	451,050	1,942	477,500
Subsidio de Funeral	1,918	476,180	1,852	443,666	1,800	449,950	1,902	475,500
Subsidio de Escolaridad	10	500	19	950	22	1,100	40	2,000
Riesgos Profesionales	15,134	3,837,300	17,183	3,613,556	17,270	4,584,042	17,683	4,626,602
Subsidio de Incapacidad Temporal	15,118	3,833,300	17,160	3,607,906	17,225	4,572,893	17,634	4,614,402
Subsidio de Funeral	16	4,000	23	5,650	45	11,150	49	12,200

(p) Cifras preliminares.

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION  
Departamento Nacional de Estadística

SUBSIDIOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL CONCEDIDOS, SEGUN ACCIDENTES DEL TRABAJO, TRAYECTO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES EN LA REPUBLICA, POR ACTIVIDAD ECONOMICA:  
PRIMER SEMESTRE DE 1994

Clase de Subsidio	Total	Grupos de actividad económica							
		Agricultura, silvicultura, caza y pesca	Explotación de minas y canteras	Industrias manufactureras	Construcción	Electricidad, gas, agua y servicios sanitarios	Comercio	Transporte, almacenamiento y comunicaciones	Servicios
TOTAL	8,809	2,177	27	2,641	1,111	50	1,219	113	1,471
Accidentes del trabajo	7,904	1,964	27	2,455	1,034	43	1,089	99	1,193
Accidentes de trayecto	616	53	—	136	46	4	112	13	252
Enfermedad profesional	289	160	—	50	31	3	18	1	26

PACIENTES EGRESADOS DE LOS HOSPITALES DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL SEGUN LAS CINCO  
PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO: AÑOS 1992-93 Y PRIMER SEMESTRE DE 1994

Diagnóstico (1)	1992	1993	Prim. Sem. de 1994
TOTAL	63805	66554	32751
Enfermedades del aparato circulatorio	5143	5365	2640
Enfermedades del aparato digestivo	4501	4695	2310
Enfermedades del aparato génitourinario	4793	5000	2461
Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio	14791	15428	7592
Accidentes, envenenamientos y violencia (nat. de la lesión)	7623	7951	3913
Otros	26954	28115	13835

(1) Según el Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y causas de defunción (Octava y Novena Conferencia de Revisión 1965)

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION  
Departamento Nacional de Estadística

RELACION ENTRE RECURSOS Y ACTIVIDADES HOSPITALARIAS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL EN LA REPUBLICA  
PRIMER SEMESTRE DE 1994

Concepto	TOTAL	Provincia e instalación											
		Bocas del Toro		Colón			Chiriquí		Herrera	Panamá			Veraguas
		Hosp. de Almirante	Hosp. de Changuinola	C.H. Manuel A. Guerrero	Pol. Hosp. Sabanas	Pol. Hosp. Nuevo San Juan	Hosp. Dionisio Arrocha	Hosp. Rafael Hdz.	Hosp. El Vigía	C.H.M. Dr. Arnulfo A. Madrid	Hosp. de Chepo	Hosp. Hogar de la Esperanza	Hosp. Ezequiel Abadía
INDICADORES:													
Permanencia de egresos $K=d/b$	7	4	5	6	3	3	5	10	7	9	5	198	3
Camas utilizadas 1/	1320	12	58	158	5	3	64	217	57	658	15	33	39
Giro de camas $1=b/a$	16	30	24	20	16	11	17	14	21	15	19	1	24
Porcentaje ocupacional	43	59	65	64	23	17	5	79	78	73	73	70	50
Tasa de mortalidad hospitalaria 100 egresados $(m=100*c/b)$	3	1	2	3	--	--	1	5	1	5	1	30	1
Tasa de cesareas por 100 partos $(n=100*f/e)$	18	--	11	17	--	--	22	--	--	24	5	--	4
Tasa de nacidos muertos por 100 nacimientos $(o=100*h/g)$	1	--	2	1	--	--	1	--	--	1	--	--	0
Tasa de abortos por 100 embarazos $(p=100*i/(e+i))$	17	15	15	24	--	--	10	--	--	18	7	--	5

Dias paciente hospitalizado

1/ Camas utilizadas

-----  
Dias del año

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION  
Departamento Nacional de Estadística

RELACION ENTRE RECURSOS Y ACTIVIDADES HOSPITALARIAS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL EN LA REPUBLICA  
AÑO: 1993

Concepto	TOTAL	Provincia e instalación											
		Bocas del Toro		Colón			Chiriquí		Herrera	Panamá			Veraguas
		Hosp. de Almirante	Hosp. de Changuinola	C.H. Manuel A. Guerrero	Pol. Hosp. Sabanitas	Pol. Hosp. Nuevo San Juan	Hosp. Dionisio Arrocha	Hosp. Rafael Hdz.	Hosp. El Vigía	C.H.M. Dr. Arnulfo A. Madrid	Hosp. de Chepo	Hosp. Hogar de la Esperanza	Hosp. Ezequiel Abadía
<b>RECURSOS:</b>													
Camas dotación (a)	1977	21	88	240	17	18	145	260	80	896	88	47	77
<b>ACTIVIDADES:</b>													
Admisiones	66564	1215	5058	10895	618	415	4896	7932	3279	24965	3723	71	3497
Egresos (b)	66554	1216	5071	10868	622	412	4892	7943	3288	24980	3733	72	3457
Dados de Alta	64256	1198	4963	10583	622	412	4842	7472	3258	23711	3701	53	3432
Muertos (c)	2298	18	108	285	0	0	50	471	30	1269	23	19	25
Días de estancia de egresados (d)	509887	4878	25355	59939	1747	1053	23803	79027	25996	240265	19607	12797	15420
Partos (e)	12473	239	1446	3441	100	53	1361	0	0	4284	923	0	626
Cesáreas (f)	2219	0	179	598	0	0	271	0	0	1038	77	0	56
Nacimiento (g)	12538	240	1456	3441	100	53	1371	0	0	4325	926	0	626
Vivos	12411	239	1434	3409	99	52	1347	0	0	4291	919	0	621
Muertos (h)	127	1	22	32	1	1	24	0	0	34	7	0	5
Abortos	2212	30	193	1043	0	0	126	0	0	713	75	0	32
Días paciente hospitalizados	508015	4674	25222	59939	1747	1053	23974	78053	25778	239689	18559	14083	15244
Camas días disponibles	725347	7672	33279	86010	6004	6570	52925	95469	33823	324592	32000	16898	28105



CAJA DE SEGURO SOCIAL  
DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION  
Departamento Nacional de Estadística

RELACION ENTRE RECURSOS Y ACTIVIDADES HOSPITALARIAS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL EN LA REPUBLICA  
AÑO: 1993

Concepto	TOTAL	Provincia e instalación											
		Bocas del Toro		Colón			Chiriquí		Herrera	Panamá		Veraguas	
		Hosp. de Almirante	Hosp. de Changuinola	C.H. Manuel A. Guerrero	Pol. Hosp. Sabanitas	Pol. Hosp. Nuevo San Juan	Hosp. Dionisio Arrocha	Hosp. Rafael Hdz.	Hosp. El Vigía	C.H.M. Dr. Arnulfo A. Madrid	Hosp. de Chepo	Hosp. Hogar de la Esperanza	Hosp. Ezequiel Abadía
INDICADORES:													
Permanencia de egresos $K=d/b$	8	4	5	6	3	3	5	10	8	10	5	178	4
Camas utilizadas <sup>1/</sup>	1392	13	69	164	5	3	66	214	71	657	51	39	42
Giro de camas $1=b/a$	34	58	58	45	37	23	34	31	41	28	42	2	45
Porcentaje ocupacional	70	61	76	68	29	16	45	82	76	74	58	83	54
Tasa de mortalidad hospitalaria por 100 egresados ( $m=100*c/b$ )	3	1	2	3	--	--	1	6	1	5	1	26	1
Tasa de cesareas por 100 partos ( $n=100*f/e$ )	18	--	12	17	--	--	20	--	--	24	8	--	9
Tasa de nacidos muertos por 100 nacimientos ( $o=100*h/g$ )	1	--	2	1	--	--	2	--	--	1	--	--	1
Tasa de abortos por 100 embarazos ( $p=100*i/(e+i)$ )	15	11	12	23	--	--	8	--	--	14	8	--	5

Días paciente hospitalizado

<sup>1/</sup> Camas utilizadas

Días del año

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
DIRECCION NACIONAL DE PLANIFICACION  
Departamento Nacional de Estadística

RELACION ENTRE RECURSOS Y ACTIVIDADES HOSPITALARIAS DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL EN LA REPUBLICA  
PRIMER SEMESTRE DE 1994

Concepto	TOTAL	Provincia e instalación											
		Bocas del Toro		Colón			Chiriquí		Herrera	Panamá			Veraguas
		Hosp. de Almirante	Hosp. de Chan-guino-la	C.H. Manuel A. Gue-rrero	Pol. Hosp. Saba-nitas	Pol. Hosp. Nuevo San Juan	Hosp. Dionisio Arrocha	Hosp. Rafael Hdz.	Hosp. El Vigía	C.H.M. Dr. Arnulfo A. Madrid	Hosp. de Chepo	Hosp. Hogar de la Esperanza	Hosp. Ezequiel Abadía
RECURSOS:													
Camas dotación (a)	2004	21	91	249	20	18	145	282	70	896	88	47	77
ACTIVIDADES:													
Admisiones	33397	628	2225	5063	326	200	2498	3941	1480	13411	1717	22	1886
Egresos (b)	32751	622	2205	4964	320	199	2472	3827	1460	13130	1688	27	1837
Dados de Alta	31674	617	2156	4818	320	199	2454	3624	1446	12522	1674	19	1823
Muertos (c)	1077	5	47	146	--	--	18	203	14	608	14	8	14
Días de estancia de egresados (d)	235994	2219	10515	28674	966	559	11340	36835	10353	114651	8427	5337	6118
Partos (e)	6186	121	663	1650	41	21	690	--	--	2222	448	--	330
Cesáreas (f)	1088	--	76	279	--	--	154	--	--	543	22	--	14
Nacimiento (g)	6211	121	662	1650	41	21	696	--	--	2239	451	--	330
Vivos	6149	121	647	1635	41	21	688	--	--	2216	451	--	329
Muertos (h)	62	--	15	15	--	--	8	--	--	23	--	--	1
Abortos	1260	22	118	511	--	--	76	--	--	483	33	--	17
Días paciente hospitalizados	238957	2234	10559	28674	966	559	11527	39220	10357	119065	2787	5997	7012
Camas días disponibles	550018	3802	16294	44899	4220	3258	226245	49619	13260	162176	3801	8507	13937

---

**BIBLIOGRAFIA**

Sánchez, Secundino. El Desarrollo de los Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social. Revista Temas de Seguridad Social. Panamá mayo de 1985.

Sánchez, Secundino. 45 años de Seguridad Social Panameña. Panamá, marzo 1986.

Memoria de la Caja de Seguro Social. Panamá.

Memoria del Ministerio de Salud. Panamá.

Mérida, Melva Q. de, Evolución Histórica de la Caja de Seguro Social de Panamá.

Mérida Melva Q. de. El Financiamiento del Seguro Social de Panamá, 1990.

Díaz, René A., Monografía sobre los Riesgos Profesionales en Panamá, 1990.

Luna, Agustín; Rothery, Ernesto y Trejos, Jaime, Integración de los Servicios de Salud, Experiencia Panameña, 1984.


Ley N° 16 de 31 de marzo de 1975. Fondo complementario de Prestaciones Sociales Obligatorio para todos los Servidores Públicos.

Ley N° 17 de 31 de marzo de 1975. sobre Prima de Antigüedad.

54 Aniversario de la Caja de Seguro Social - Revista Visión Moderna de la Seguridad Social de Panamá.

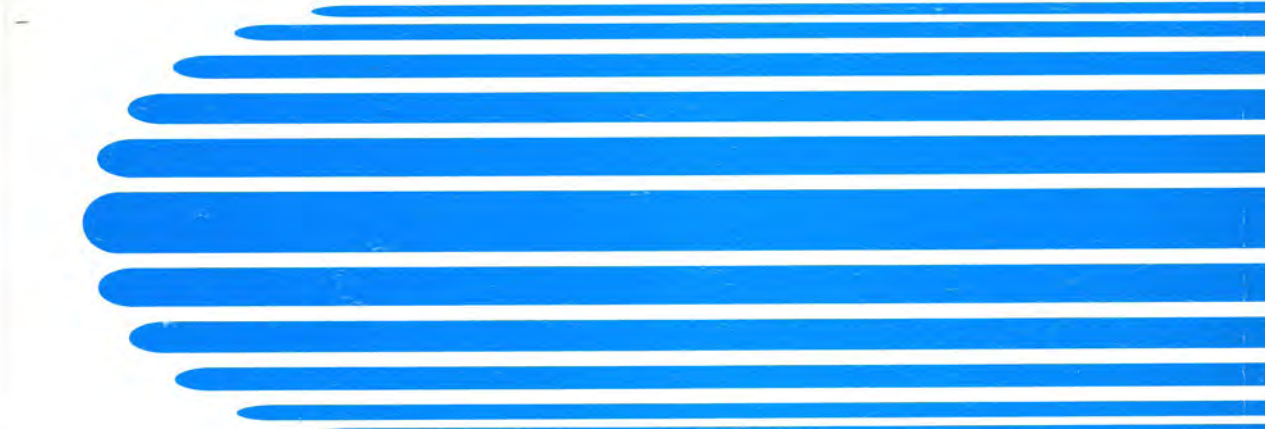
Linero, Humberto, Modernización de la Caja de Seguro Social. Una Respuesta hacia el 2000, abril 1995.

---



El programa editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), se integra por los libros de las series estudios y monografías, la revista seguridad social y el boletín informativo. Mediante estas publicaciones, la Conferencia cumple con una de sus finalidades, que es la de recopilar y difundir investigaciones, documentos y programas de la seguridad social.

La *Serie Monografías*, de la que forma parte este libro, contará de varios títulos que presentan el desarrollo y los avances de la seguridad social en cada uno de los países de América, cuyas instituciones de seguridad social son miembros de la CISS, y su publicación se realiza conforme al programa aprobado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.



**Conferencia Interamericana de Seguridad Social**  
Secretaría General  
México, D.F.  
1995