

REGLAMENTO
SOBRE EL
SEGURO
FAMILIAR
DE SALUD
Y EL
PLAN BÁSICO
DE SALUD



Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud

Aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social mediante Resolución No. 48-13 del 10 de octubre del 2002. Promulgado mediante decreto 74-03 de fecha 31 de enero del 2003.

Por el cual se reglamentan los beneficios, contenidos y condiciones del Seguro Familiar de Salud y su Plan Básico en el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

TITULO I

Del Seguro Familiar de Salud

Capítulo I

GENERALIDADES

ARTÍCULO 1o. AMBITO DE APLICACION. El presente Reglamento tiene por objeto regular la prestación de los beneficios, contenidos, condiciones, limitaciones y exclusiones del Seguro Familiar de Salud en todo el territorio nacional. Obliga a todas las entidades públicas, privadas o mixtas debidamente autorizadas para participar en el Sistema prestando uno o varios de los componentes del Seguro Familiar de Salud de que trata el presente Reglamento.

ARTÍCULO 2o. DEFINICION. Los beneficios del Seguro Familiar de Salud son el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, suministros y reconocimientos que el Sistema Dominicano de Seguridad Social brinda a las personas, con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de incapacidad temporal por enfermedad general, maternidad.

PÁRRAFO. Los beneficiarios del Seguro Familiar de Salud se catalogan en cinco subconjuntos diferentes a los cuales se accede dependiendo de la forma de participación en el Sistema, esto es como Beneficiario Cotizante Contributivo, como Beneficiario Cotizante Contributivo Subsidiado, como Beneficiario dependiente o Familiar del cotizante, como Beneficiario Subsidiado, afiliado al Sistema Dominicano de Seguridad Social, o beneficiario transitorio de los servicios tradicionales del Sistema Nacional de Salud, esta última hasta tanto se materialice la afiliación de todos los ciudadanos obligados a ello en alguna de las formas o regimenes previstos.

ARTÍCULO 3o. DE LOS TIPOS DE PRESTACIONES. Los beneficiarios del Seguro Familiar de Salud accederán a los diferentes beneficios que ofrece el Sistema Dominicano de Seguridad Social a través de los siguientes planes:

a) **SERVICIOS PREVENTIVOS DE CARÁCTER GENERAL (S.P.C.G).** Es un plan de carácter gratuito dirigido a todos los habitantes del territorio nacional, de responsabilidad directa del Estado a través de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social SESPAS, y prestado por la red pública, ONG o por particulares, mediante contrato con la SESPAS como representante del Estado, que contiene acciones Públicas tales como información y educación para la salud, prevención primaria y diagnóstico precoz individual en patologías y riesgos con altas complicaciones para la salud pública.

b) **PLAN BÁSICO DE SALUD (P.B.S).** Es el conjunto de servicios de atención y reconocimientos económicos a los que tienen derecho todos los afiliados a los regímenes Contributivo, Contributivo-Subsidiado y Subsidiado. Sus contenidos están definidos en el presente Reglamento y su forma de prestación estará normalizada y regulada por los manuales de procedimientos y guías de atención integral que elaboren para tal efecto de acuerdo con gremios, entidades aseguradoras y prestadoras de servicios. El Consejo Nacional de Seguridad Social -CNSS- expedirá un Catálogo detallado de las Actividades, Intervenciones y Procedimientos que contiene el Plan Básico de Salud.

c) **SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD NO PROFESIONAL.** Son los pagos en dinero otorgados a los afiliados del Régimen Contributivo en caso de una incapacidad temporal por enfermedad no profesional.

d) **SUBSIDIO POR MATERNIDAD.** Es el pago en dinero otorgado a la trabajadora afiliada del Régimen Contributivo equivalente a tres meses del salario cotizable, otorgados en las condiciones y formas que para tales fines se establecen.

e) **SUBSIDIO PARA LACTANCIA.** Es el pago en dinero otorgado durante doce (12) meses a los hijos menores de un año de las trabajadoras afiliadas que tengan un salario cotizable inferior a tres salarios mínimos nacional en caso de contraindicación de lactancia materna, y este es otorgado en las condiciones y formas que para tales fines se establecen.

f) **ESTANCIAS INFANTILES.:** Entidades especializadas habilitadas para atender a los hijos de los/as trabajadores/as, desde los cuarenta y cinco (45) días de nacidos hasta cumplir los cinco años de edad. Comprende servicios de: alimentación según la edad; servicios de salud materno-infantil; educación preescolar; actividades de desarrollo psico-social y recreación.

ARTÍCULO 4o. GLOSARIO. Para efecto del presente Reglamento se adoptan las siguientes definiciones:

1. **Actividad:** Es la utilización de un recurso particular bien sea físico, humano o tecnológico dentro del proceso de promoción y fomento de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

2. **Procedimiento:** Es la secuencia lógica de un conjunto de actividades utilizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

3. **Intervención:** Es un conjunto de actividades y procedimientos acordes con un diagnóstico, dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

4. **Guía de atención integral:** Es el conjunto de actividades y procedimientos más indicados en el abordaje de la promoción y fomento de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad; en la que se definen los pasos mínimos a seguir y el orden secuencial lógico de éstos, el nivel de complejidad y el personal de salud calificado que debe atenderlos, teniendo en cuenta las condiciones de elegibilidad del paciente de acuerdo a variables de género, edad, condiciones de salud, expectativas laborales y de vida, como también de los resultados en términos de calidad y cantidad de vida ganada; y con la mejor utilización de los recursos y tecnologías a un costo financiable por el sistema de seguridad social y por los afiliados al mismo.

5. **Promoción y fomento de la salud:** Son aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención de carácter educativo e informativo, individual o colectivo, tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables, y a modificar o suprimir aquellos que no lo sean; a informar sobre riesgos, factores protectores, enfermedades, servicios de salud, derechos y deberes de los ciudadanos, como también a promover, estimular, incentivar y concretar la participación social en el manejo y solución de sus problemas.

6. **Prevención de la enfermedad:** Son aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención, cuya finalidad es actuar sobre los factores de riesgo o condiciones específicas presentes en el individuo, la comunidad o el medio ambiente, que determinan la aparición de la enfermedad.

7. Prevención primaria: actividades dirigidas al individuo que buscan reducir el riesgo de un caso de enfermedad, mediante la disminución del nivel de los factores de riesgo o de la probabilidad de su ocurrencia.

8. Prevención secundaria: actividades que van orientadas a una detección temprana, oportuna y efectiva de la enfermedad, o a reducir su duración.

9. Prevención terciaria: actividades que van orientadas a reducir y minimizar el sufrimiento, la duración, la incapacidad y las secuelas de la enfermedad, lo mismo que a promover la adaptación a condiciones irremediables.

10. Diagnóstico: Son todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a demostrar la presencia de la enfermedad, su estado de evolución, sus complicaciones y consecuencias presentes y futuras para el paciente y la comunidad.

11. Tratamiento: Son todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a modificar, aminorar o hacer desaparecer los efectos inmediatos o mediatos de la enfermedad que alteran el normal funcionamiento laboral, familiar, individual y social del individuo.

12. Rehabilitación: Son todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a restaurar la función física, psicológica o social resultante de una condición previa o crónica, modificando, aminorando o desapareciendo las consecuencias de la enfermedad, que puedan reducir o alterar la capacidad del paciente para desempeñarse adecuadamente en su ambiente familiar, social y laboral.

13. Atención ambulatoria: Es toda actividad, intervención o procedimiento que se realiza sin necesidad de internar el paciente por un período no mayor de 24 horas.

14. Atención con internamiento u hospitalización: Es toda actividad, intervención o procedimiento que se realiza con alojamiento del paciente en un centro de salud por un período superior a 24 horas.

15. Periodos mínimos de cotización: Es el tiempo que transcurre entre el momento de la afiliación al Sistema Dominicano de Seguridad Social y el inicio de la atención para ciertas enfermedades, que sean demostrables por algún medio diagnóstico, que el afiliado conozca de su existencia, o que se

demuestre su existencia por la historia clínica, la anamnesis o el examen del paciente.

16. Copago: Es el aporte en dinero que hace el afiliado del Régimen Contributivo y Contributivo Subsidiado al adquirir los medicamentos ambulatorios incluidos en el Plan Básico de Salud y cuya finalidad es contribuir al pago del precio de esta partida. Los beneficiarios del régimen subsidiado están exentos del pago del mismo.

17. Cuota Moderadora Variable: Es el aporte en dinero que hace el usuario al utilizar un servicio, equivalente a una parte del total de este servicio definido en el costo del Plan Básico de Salud para el sector público, y cuya finalidad es regular la utilización y estimular el buen uso del servicio. Los beneficiarios del régimen subsidiado están exentos del pago del mismo.

18. Cuota Moderadora Fija: Es el aporte en dinero que hace el usuario al utilizar un medio diagnóstico contenido en el catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud, equivalente a una parte del total de este servicio definido en el costo del Plan Básico de Salud, y cuya finalidad es evitar el exceso en el uso de los mismos. La cuota moderadora fija será revisada cada seis meses. Los beneficiarios del Régimen Subsidiado, están exentos del pago de cuota moderadora fija.

18. Servicios Complementarios: Son aquellos servicios, actividades, procedimientos o intervenciones que no están incluidos en el Plan Básico de Salud, o que se ofrecen en condiciones diferentes o adicionales de hotelería, comodidad, tecnología o cualquiera otra característica de atención, contratados, prestados y pagados en forma directa a los Proveedores de Servicios de Salud (PSS).

19. Planes Complementarios: Son aquellos servicios pre pagados a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS/SNS) destinados a cubrir un conjunto de actividades, procedimientos o intervenciones que no están incluidos en el Plan Básico de Salud, o que se ofrecen en condiciones diferentes o adicionales de hotelería, comodidad, tecnología o cualquier otra característica de atención.

Capítulo II DE LOS SERVICIOS PREVENTIVOS DE CARÁCTER GENERAL

ARTÍCULO 5o. CONTENIDO. Es un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos que incluye las acciones colectivas e individuales, descritas a continuación:

En las acciones colectivas se incluye:

1. Información y educación masiva para el control del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas; sobre los derechos y deberes del usuario en el sistema de seguridad social, sobre sus servicios, sobre los riesgos para la salud presentes en el medio o derivados de su conducta, factores protectores, como promover y estimular la participación social en el manejo y solución de sus problemas de salud, y de cómo llevar una vida saludable.
2. Actividades para la prevención y el control de los accidentes, violencia y desastres.
3. Control de vectores.

En las acciones individuales se incluye:

1. Actividades de prevención, detección precoz, control y vigilancia epidemiológica de enfermedades sujetas a control estricto, como el VIH-SIDA y otras de transmisión sexual, tuberculosis, lepra, leishmaniasis, filariasis, cólera, malaria, fiebre amarilla y dengue, las inmunoprevenibles contenidas en el P.A.I., rabia y otras zoonosis y en general todas aquellas enfermedades que a juicio del CNSS y la SESPAS puedan convertirse en un riesgo para la salud y el bienestar público en general.
2. Las actividades de vacunación contenidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones P.A.I.
3. Actividades de prevención, diagnóstico precoz y control de enfermedades relacionadas con el riesgo originado en el proceso reproductivo, tales como cáncer de cérvix y las relacionadas con la morbilidad materna y perinatal.

PÁRRAFO I: Para los afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social, las acciones individuales de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, tales como SIDA, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, lepra, cólera, enfermedades tropicales como la malaria, leishmaniasis, filariasis y dengue, serán responsabilidad de la A.R.S./S.N.S. respectiva y se financiarán con cargo al per cápita reconocido a las A.R.S./S.N.S. por cada afiliado.

PÁRRAFO II: La provisión de las vacunas objeto del P.A.I. y los medicamentos para la tuberculosis y lepra seguirán siendo responsabilidad de la SESPAS la que se encargará de garantizar el abastecimiento y la proveerá al Sistema Dominicano de Seguridad Social, al costo, a través de los mecanismos y procedimientos que la SESPAS establezca. La adquisición y aplicación de las vacunas así como el suministro de medicamentos a los pacientes estará a cargo de la ARS en la que se encuentre afiliado.

ARTÍCULO 6o. OBLIGATORIEDAD DE LAS PROVINCIAS Y AYUNTAMIENTOS. Es responsabilidad y obligación del Gobierno a través de la SESPAS, las provincias y ayuntamientos, la planeación, ejecución, evaluación y control de las acciones contenidas en los Servicios Preventivos de Carácter General, en cuya prestación podrán concurrir las ARS/S.N.S., las PSS públicas, privadas o mixtas, las ONG y las comunidades, mediante el establecimiento de contratos de prestación de servicios.

PÁRRAFO: Los Servicios Preventivos de Carácter General deberán ser adoptados y adecuados por las provincias y ayuntamientos dentro de los Planes Provinciales o Municipales de Salud respectivamente.

ARTÍCULO 7o. GRATUIDAD. La prestación de las actividades, intervenciones y procedimientos definidos en los Servicios Preventivos de Carácter General, serán de carácter gratuito y no podrán estar sujetas a periodos mínimos de cotización, copagos o cuotas moderadoras.

ARTÍCULO 8o. FINANCIAMIENTO. La prestación de las actividades, intervenciones y procedimientos definidos en los Servicios Preventivos de Carácter General serán financiados con recursos del presupuesto nacional destinados al fomento de la salud y prevención de la enfermedad, con recursos fiscales de

donación o préstamo asociados a los programas nacionales de la SESPAS y con los recursos que para el efecto destinen las provincias y los ayuntamientos.

ARTÍCULO 9o. CRITERIOS DE INCLUSION. Se incluirán dentro de los Servicios Preventivos de Carácter General, actividades, intervenciones y procedimientos de acuerdo a lo definido en el literal a) del artículo 3ro del presente Reglamento, para lo que deberá tenerse en cuenta su focalización en los grupos poblacionales de mayor riesgo, en las enfermedades cuyo manejo sea el de mayor costo efectividad, en aquellas que representen el mayor número de años de vida saludables perdidos (AVISA) y en enfermedades que generen altas complicaciones y representen un alto riesgo para la salud y el bienestar público.

ARTÍCULO 10o. REGLAMENTACION DE LOS SERVICIOS PREVENTIVOS DE CARÁCTER GENERAL. Los contenidos y la forma de operación de los Servicios Preventivos de Carácter General serán definidos por la SESPAS con la colaboración del Consejo Nacional de Seguridad Social en una reglamentación adicional y estarán incluidos en el Catálogo de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Básico de Salud que se expida.

CAPITULO III. DEL PLAN BASICO DE SALUD

ARTÍCULO 11o. DE LA INTEGRALIDAD. El Plan Básico de Salud brindará atención integral a la población afiliada en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, incluido el suministro de medicamentos esenciales para los regímenes contributivo y contributivo subsidiado y esenciales genéricos para el régimen subsidiado, para los diferentes niveles de complejidad establecidos en el presente Reglamento.

ARTÍCULO 12o. DE LA FACTIBILIDAD FINANCIERA. La aplicación del Plan Básico de Salud en sus diferentes fases y niveles de complejidad se desarrollará en forma gradual y progresiva, garantizando el equilibrio financiero del

sistema y de acuerdo a las condiciones de la economía del país, en las que se garantice la concordancia entre el costo de las actividades propuestas con la disponibilidad de recursos que aseguren su ejecución y sostenibilidad futura.

ARTÍCULO 13o. DE LOS CRITERIOS PARA LA ELABORACION DEL PLAN. En el Plan Básico de Salud, se privilegian el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos y guías de atención de mayor costo efectividad, orientados a la solución de las enfermedades de mayor importancia para las comunidades y de acuerdo al perfil de morbimortalidad, partiendo del Plan Nacional y de las condiciones de tecnología existentes en el país y a los recursos actuales y futuros con que cuenta el Sistema.

ARTÍCULO 14o. DE LA RESPONSABILIDAD DEL AFILIADO AL SISTEMA. Es obligación del afiliado y sus beneficiarios procurar el cuidado integral de su salud y el de su comunidad, cumpliendo las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones y profesionales que prestan la atención, de acuerdo a las definiciones hechas en el Catálogo de Actividades, Intervenciones y Procedimientos y en las guías de atención integral del Plan Básico de Salud.

ARTÍCULO 15o. DE LA RESPONSABILIDAD DE LAS ADMINISTRADORAS DE RIESGOS DE SALUD. Es obligación de las Administradoras de Riesgos de Salud garantizar a los beneficiarios una protección de calidad, oportuna y satisfactoria a través de la racionalización del costo de los servicios del Plan Básico de Salud, con niveles adecuados de productividad y eficiencia, en correspondencia con las coberturas objetivos y metas del Plan Nacional contenidas en el Plan Básico de Salud y con las disposiciones que para tal efecto establezca la SISALRIL.

ARTÍCULO 16o. DE LA RESPONSABILIDAD DE LAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. Es obligación de las Prestadoras de Servicios de Salud brindar a los beneficiarios atenciones oportunas, satisfactorias, con calidad y calidez en las condiciones establecidas en el contrato suscrito con la Administradoras de Riesgo de Salud, cumpliendo con las disposiciones contenidas en el Plan Básico de Salud y con las regulaciones y políticas generales de la SESPAS.

ARTÍCULO 17°. DE LAS EXCLUSIONES Y LIMITACIONES. En concordancia con los artículos anteriores y para dar cumplimiento a los principios de universalidad, solidaridad, equidad y eficiencia enunciados en la Ley 87-01, el Plan Básico de Salud tendrá exclusiones y limitaciones, que serán, todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; los que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y aquellos que expresamente defina el Consejo Nacional de Seguridad Social, más los que se describen a continuación:

- a) Cirugía estética con fines de embellecimiento;
- b) Tratamientos nutricionales con fines estéticos;
- c) Tratamientos para la infertilidad;
- d) Tratamientos no reconocidos por las asociaciones médico científicas en el ámbito mundial o aquellos de carácter experimental;
- e) Tratamientos o curas de reposo o del sueño;
- f) Corsés, fajas, sillas de ruedas, prótesis electrónicas o electro-mecánicas, plantillas, zapatos ortopédicos y lentes de contacto. Se autoriza el suministro de lentes para anteojos una vez cada dos años en los niños, para la corrección de defectos de refracción que disminuyan la capacidad de visión, siempre que por razones médicas sea necesario su cambio en razón de la modificación del defecto padecido. Salvo las medias elásticas usadas en actos quirúrgicos y en el período de recuperación post quirúrgico y la ropa de presión para el tratamiento de las quemaduras en las condiciones que se disponen en el catálogo de prestaciones y de acuerdo a la gradualidad y al equilibrio financiero del Sistema.
- g) Medicamentos o sustancias que no se encuentren expresamente autorizados en el Manual de Medicamentos y Terapéutica;
- h) Tratamiento con medicamentos o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad;
- i) Transplante de órganos. Salvo el transplante renal, de médula

ósea y el de córnea. Su realización estará sujeta a las condiciones de elegibilidad y demás requisitos establecidos en las respectivas Guías de Atención Integral;

- j) Tratamientos de prótesis, ortodoncia, endodoncia, periodoncia, cirugías y operatorias en la atención odontológica;
- k) Tratamiento de várices con fines estéticos;
- l) Actividades, procedimientos e intervenciones de tipo curativo para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación. Podrá brindarse soporte psicológico, terapia paliativa para el dolor, la disfuncionalidad y la incomodidad o terapia de mantenimiento. Todas las actividades, intervenciones y procedimientos deben estar contemplados en las respectivas Guías de Atención Integral.
- m) Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a aquellos necesarios estrictamente para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas.
- n) Medicamentos antirretrovirales, salvo en los casos de prevención de la transmisión vertical madre recién nacido. El manejo de los medicamentos antirretrovirales corresponden a COPRESIDA y a la SES-PAS, ya que la primera constituye la más alta instancia del Estado, con carácter permanente, en los asuntos de VIH-SIDA y la segunda tiene la responsabilidad del control y manejo de las epidemias.
- ñ) Tratamientos médicos en el exterior o fuera de las fronteras del país.
- o) Actividades, intervenciones y procedimientos no autorizados expresamente en el respectivo Catálogo de actividades, intervenciones y procedimientos.

ARTÍCULO 18o. CATALOGO DE ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS. Para garantizar la operatividad del Plan Básico de Salud se

establece el Catálogo de Actividades, Intervenciones y Procedimientos, que incluye el detalle necesario que permita cumplir con lo dispuesto en el presente Reglamento.

PÁRRAFO. El Catálogo de Actividades, Intervenciones y Procedimientos será revisado como mínimo una vez cada dos (2) años, o cuando a juicio del CNSS así lo requiera, bien sea para agregar, modificar o suprimir actividades, intervenciones o procedimientos.

ARTÍCULO 19o. ADOPCION DE PROTOCOLOS O GUIAS DE ATENCION INTEGRAL. La SESPAS con el apoyo de la SISALRIL, el CNSS, la AMD, las ARS/SNS, ANDECLIP y las organizaciones científicas, adoptará en un plazo no mayor de un (1) año contado a partir de la fecha de expedición del presente Reglamento, las Guías de Atención Integral comenzando por aquellas para el tratamiento de las enfermedades de altísimo costo o complejidad, y para las enfermedades más prevalentes y de mayor costo-efectividad en su manejo.

ARTÍCULO 20o. CONDICIONES DE CALIDAD Y TECNOLOGÍA. Las actividades, intervenciones, procedimientos y guías de atención integral deberán ofrecerse en forma oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua, de acuerdo a los estándares y condiciones medias de calidad aceptadas en el ámbito nacional, teniendo en cuenta el recurso humano, las tecnologías y la infraestructura de servicios de mayor costo efectividad disponibles en cada región, que se adecuen a las condiciones médicas del paciente, al pronóstico de la enfermedad y a las condiciones sociales, culturales y económicas del país.

PÁRRAFO: A juicio del CNSS, podrá incluirse en el listado de prestaciones el tratamiento con medicinas alternativas autorizadas para su ejercicio en el país.

ARTÍCULO 21o. CONDICIONES DE ACCESO. Para acceder a cualquiera de los niveles de complejidad del Plan Básico de Salud, descritos en el presente Reglamento, se consideran como indispensables y de transferencia obligatorio las actividades y procedimientos de consulta de medicina general y/o paramédica. Para la transferencia entre niveles de complejidad es requisito indispensable el procedimiento de Remisión definido en el Catálogo de Actividades, Intervenciones y Procedimientos de que trata el artículo 16 del

presente Reglamento. Se exceptúan de lo anterior las atenciones derivadas de las emergencias.

PÁRRAFO: Las condiciones mínimas de hotelería hospitalaria para la prestación del Plan Básico de Salud serán establecidas en el Catálogo de Prestaciones del PBS.

ARTÍCULO 22o. DE LAS CONDICIONES DEL PLAN OFRECIDO. Las condiciones, ventajas, comodidades, limitaciones, adensos y demás que se ofrezcan al afiliado, para la prestación del Plan Básico de Salud ofrecidas por una Administradora de Riesgos /Seguro Nacional de Salud no podrán ser modificados antes del período establecido por la Ley salvo cuando el Consejo Nacional de Seguridad Social mediante resolución y de aplicación universal determine su modificación.

ARTÍCULO 23o. NIVELES DE COMPLEJIDAD. Para la prestación del plan básico de salud se establecen tres (3) niveles de complejidad, definidos de acuerdo a la tecnología utilizada en la actividad, intervención o procedimiento, contenidos y descritos en el Catálogo de Actividades, Intervenciones y Procedimientos, sin que en ningún momento los niveles de complejidad sean excluyentes o restrictivos siempre que se cumplan las condiciones mínimas requeridas para cada servicio específico, los cuales podrán ser ofrecidos bajo modalidades ambulatorias y con internamiento.

PÁRRAFO: Los tres niveles serán los siguientes:

1. Atención primaria y primer nivel de complejidad.
2. Segundo nivel o de especialidades básicas ambulatorias y hospitalarias.
3. Tercer nivel o de especialidades no básicas ambulatorias y hospitalarias, y de la atención a las enfermedades de alta complejidad y de alto costo.

ARTÍCULO 24o. INCLUSION Y EXCLUSION DE ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS, INTERVENCIONES Y GUÍAS DE ATENCION. El Consejo Nacional de Seguridad Social , previo estudio que tenga en cuenta las condiciones

económicas del sistema, las tecnologías más apropiadas y adecuadas a nuestro medio, las frecuencias esperadas de utilización y el costo en relación con su efectividad, podrá incluir o excluir en el catálogo detallado de los servicios del plan básico de salud, actividades, procedimientos, intervenciones que sean de aceptación y probada eficacia por las asociaciones científicas en el ámbito mundial y nacional.

PÁRRAFO: Aquellas actividades, procedimientos e intervenciones de carácter experimental o no aceptados por las asociaciones científicas en el ámbito mundial, deberán ceñirse a los protocolos aprobados para la investigación biomédica, los que en ningún caso podrán ser financiados con cargo al per cápita que se reconoce a las ARS/ SNS por cada afiliado. Estas modificaciones deberán ser aprobadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social.

ARTÍCULO 25o. DE LAS PRIORIDADES EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN BÁSICO DE SALUD. A fin de proteger integralmente un mayor número de personas con acciones de salud costo efectividad y ofrecer atención familiar integral por parte de equipos interdisciplinarios ligados a la actividad comunitaria, los siguientes deberán ser los contenidos prioritarios, no excluyentes, a tener en cuenta en la elaboración del Plan Básico de Salud:

1. **Educación y Promoción de la Salud:** El Plan Básico de Salud prioritario aplicará en forma continua programas de educación y promoción de la salud para todos los afiliados, ligados a la atención, que les den respuestas específicas a los interrogantes de la población, en relación con los principales problemas o casos de enfermedad.
2. **Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad:** Inicialmente el Plan Básico de Salud prioritario aplicará programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el ámbito individual y colectivo, los cuales incluyen lo siguiente:
 - **Niños Menores de Diez (10) Años:** Inmunización con vacunas contra Difteria, Tosferina, Tétanos, Poliometitis, Tuberculosis, Hepatitis B, Rubeola, Sarampión, Parotiditis y Meningitis. Control y crecimiento del desarrollo y complementación alimentaria según el riesgo nutricional y valoración de la agudeza visual y auditiva.

- **Adolescentes:** Valoración de la agudeza visual y auditiva, detección de signos de violencia intrafamiliar y de riesgos de adicciones, educación para la salud reproductiva, prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), salud mental y salud oral preventiva, educación nutricional y refuerzos de las vacunas.
 - **Mujeres Embarazadas:** Control prenatal, detección de riesgo, complementación nutricional, vacunación, exámenes de laboratorio y ecografía, cursos psicoprofilácticos, puericultura y fomento de la lactancia materna.
 - **Mujeres en Edad Fértil:** Planificación familiar, consejería reproductiva, citología cervicouterina y examen del seno y cáncer de cervix.
 - **Hombres y Mujeres Mayores de Cuarenta y Cinco (45) años:** evaluación de riesgo cardiovascular.
 - **Familia y Comunidad:** Control de los factores de riesgo relacionados con el ambiente familiar, la vivienda, la comunidad y el medio ambiente, orientados al mejoramiento de las relaciones interfamiliares y el ambiente físico interdomiciliario, así como la conformación de grupos de apoyo comunitarios para la prevención de problemas de salud de tipo crónico, accidentes y desastres.
3. **Atenciones Ambulatorias del Primer Nivel para la Recuperación de la Salud:**
 - **Niños Menores de Diez (10) años:** Infección respiratoria aguda, otitis, amigdalitis, enfermedad diarreica aguda, neumonía, parasitismo intestinal, recuperación nutricional, conjuntivitis, meningitis, enfermedades de la piel, pediculosis enfermedades renales y reumáticas. Atención del trauma menor urgente, incluyendo casos ocasionados por heridas y quemaduras leves y fracturas no complicadas. Diagnóstico, atención inicial y remisión urgente al segundo y tercer nivel en casos de apendicitis y trauma mayor urgente, incluyendo casos ocasionados por heridas graves, fracturas complicadas y

quemaduras graves de acuerdo con las normas de referencia y contrarreferencia.

- **Adolescentes:** Infección respiratoria aguda, parasitismo intestinal, enfermedades de la piel, pediculosis. Atención del trauma menor urgente, incluyendo casos ocasionados por heridas y quemaduras leves y fracturas no complicadas. Diagnóstico, atención inicial y remisión al segundo y tercer nivel en casos de apendicitis y trauma mayor urgente, incluyendo casos ocasionados por heridas graves, fracturas complicadas y quemaduras graves.
- **Puerperio:** Control de puerperio y complementación nutricional.
- **Mujeres Entre los Veinte (20) y los Sesenta (60) Años:** Atención a mujeres con NIC I, hipertensión arterial, enfermedad genitourinaria, enfermedades de transmisión sexual, diabetes, infección respiratoria aguda, enfermedad de la piel, gastritis aguda y crónica y trauma menor urgente, incluyendo casos ocasionados por heridas y quemaduras leves y fracturas no complicadas. Diagnóstico y remisión al segundo y tercer nivel de atención de los casos de apendicitis, mujeres con NIC II-III, coleditiásis, prolapso uterovaginal, trauma mayor urgente, incluyendo casos ocasionados por heridas graves, fracturas complicadas y quemaduras graves.
- **Hombres Entre los Veinte (20) y los Sesenta (60) Años:** Hipertensión arterial, enfermedades genitourinarias, enfermedades de transmisión sexual, diabetes, infección respiratoria aguda, enfermedades de la piel, gastritis aguda y crónica, diagnóstico y remisión de apendicitis, y trauma menor urgente, incluyendo casos ocasionados por heridas y quemaduras leves y fracturas no complicadas. Diagnóstico y remisión al segundo y tercer nivel de atención de los casos de apendicitis, enfermedades de próstata y hemorragia digestiva, y trauma mayor urgente, incluyendo casos ocasionados por heridas graves, fracturas complicadas y quemaduras graves.
- **Hombres y Mujeres Mayores de Sesenta (60) Años:** Hiperten-

sión arterial, enfermedades genitourinarias y enfermedades de transmisión sexual, diabetes, infección respiratoria aguda (bronquitis, enfisema y asma), enfermedades de la piel, gastritis aguda y crónica, artritis y problemas oftalmológicos; y trauma menor urgente, incluyendo casos ocasionados por heridas y quemaduras leves y fracturas no complicadas. Diagnóstico y remisión al segundo y tercer nivel de atención de atención de los problemas oftalmológicos graves, enfermedades de próstata, neumonía grave y hemorragias digestivas; y trauma mayor urgente, incluyendo casos ocasionados por heridas graves, fracturas complicadas y quemaduras graves.

4. **Atenciones de Enfermedades Endémicas:** Los casos de paludismo, leishmaniasis, dengue, fiebre amarilla, filariasis, lepra y tuberculosis se atenderán de acuerdo con los lineamientos de los Servicios Preventivos de Carácter General.
5. **Salud Oral:**
 - **Niños de Dos (2) a Catorce (14) años:** Educación sobre técnicas de cepillado, identificación de dieta cariogénica, importancia de la visita al odontólogo, aplicación de sellantes especialmente de los primeros molares permanentes así como flúor, exámenes de diagnóstico y atención de urgencias odontológicas, de acuerdo a las normas de salud bucal.
 - **Mujeres Embarazadas:** Exámenes de diagnóstico, educación sobre cepillado, identificación de dieta cariogénica, importancia de la visita al odontólogo, profilaxis y detarraje y atención de urgencias odontológicas.
 - **Resto de la Población:** Educación sobre técnicas de cepillado, identificación de dieta cariogénica, importancia de la visita al odontólogo.
6. **Atenciones Hospitalarias de Primer Nivel:**
 - **Niños Menores de Diez (10) años:** complicación de EDA, IRA y atención básica de accidentes, laceraciones y heridas.
 - **Adolescentes:** Atención inicial de accidentes, laceraciones y heridas.

- **Mujeres Embarazadas:** atención del parto sin riesgo.
 - **Hombres y Mujeres Mayores de 20 Años:** Neumonía grave, atención de accidentes, laceraciones y heridas, úlcera péptica, hemorragia digestiva.
7. **Atenciones de recuperación de la Salud Ambulatorias del Segundo y Tercer Nivel (Consulta Especializada):**
- **Recién Nacido de Alto Riesgo:** Atención de problemas perinatales.
 - **Menores de Un (1) Año:** Neumonía grave y meningitis.
 - **Embarazada con Riesgo:** Atención especializada del parto y puerperio.
8. **Atenciones Hospitalarias del Segundo y Tercer Nivel:**
- **Atención del parto de alto riesgo y complicaciones del puerperio.** Atención del recién nacido de alto riesgo. Complicaciones en EDA y neumonía grave al menor de un (1) año.

PÁRRAFO: Las prioridades específicas serán ajustadas a la situación de cada municipio o provincia que cada entidad ARS/SNS estén encargados de administrar, previa aprobación de la SISALRIL.

ARTÍCULO 26o. PLAN DE ATENCION MATERNO INFANTIL. Como una estrategia de incorporación acelerada de los grupos vulnerables al Sistema Dominicano de Seguridad Social, se ofrecerá a las mujeres embarazadas y los menores de un año, lo siguiente:

1. **Servicios Prenatales:** Control prenatal, detección de riesgo, complementación nutricional, vacunación, exámenes de laboratorio y ecografía, cursos psicoprofilácticos, puericultura y fomento de la lactancia materna.
2. **Parto y Puerperio:** Cuidado prenatal y atención del parto incluyendo el de alto riesgo. Control de puerperio, planificación familiar,

complementación nutricional y fomento de la lactancia materna.

3. **Planificación Familiar:** Planificación familiar tanto quirúrgica como no quirúrgica, consejería reproductiva, citología cervicouterina y examen de seno.
4. **Niños Menores de Un (1) Año:** Inmunizaciones PAI, promoción de la lactancia materna, paquete de complementación nutricional, control y atención del niño enfermo (especialmente tratamientos de EDA e IRA).

TITULO II

De las Condiciones de Operación del Plan Básico de Salud

Capítulo I

DEL INICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS Y DE LA CONSERVACIÓN TEMPORAL DEL DERECHO A SERVICIOS DE SALUD

ARTÍCULO 27o. DEL INICIO DE LA ATENCION. Una vez el afiliado y su familia se inscriban a una Administradora de Riesgos/Seguro Nacional de Salud recibirán inmediatamente los servicios de emergencias. El resto de los servicios contemplados en el Plan Básico de Salud les serán brindados treinta (30) días después.

ARTÍCULO 28o. DEL PERIODO DE CONSERVACIÓN TEMPORAL DEL DERECHO A SERVICIOS DE SALUD. Una vez finalizada la relación laboral o el aporte correspondiente a la cotización, el trabajador y su familia gozarán de los beneficios del Plan Básico de Salud hasta por sesenta (60) días más, contados a partir de la fecha de la desafiliación, siempre y cuando hayan estado afiliados a una ARS/SNS como mínimo durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de la desafiliación. Hasta tanto se adquiera la nueva afiliación, la Tesorería de la Seguridad Social pagará a las ARS/SNS el per cápita correspondiente a los 60 días señalados.

PÁRRAFO 1o. Durante el período de conservación temporal del derecho a servicios de salud, al afiliado y su familia le serán atendidas las emergencias, los servicios de atención primaria y aquellas enfermedades que venían en curso de tratamiento o las derivadas de una emergencia de acuerdo con las normas y procedimientos aceptados y con las definiciones de las leyes vigentes en el país. En todo caso la atención sólo se prolongará hasta la finalización del citado período. Las atenciones adicionales o aquellas que superen el período descrito correrán por cuenta del usuario.

PÁRRAFO 2o. Es responsabilidad del afiliado del Régimen Contributivo y Contributivo Subsidiado, realizar los trámites correspondientes para la evaluación de su situación, la determinación del régimen al cual va a pertenecer y su consecuente afiliación.

Capítulo II

PERIODOS MINIMOS DE COTIZACION

ARTÍCULO 29o. DE LOS PERIODOS MINIMOS DE COTIZACION. Para acceder al tratamiento de enfermedades o procedimientos definidos como de alto costo y complejidad por el CNSS, podrán exigirse periodos mínimos de afiliación al Sistema, que en ningún caso podrán ser superiores a 12 meses continuos o 18 discontinuos.

PÁRRAFO 1o. El CNSS definirá las enfermedades crónicas respecto de las cuales se aplican los periodos mínimos de cotización.

PÁRRAFO 2o. Para fines de determinar los periodos mínimos de cotización se tendrá en cuenta el tiempo que de forma continua las personas hayan estado afiliadas al IDSS y/o a algún seguro de salud así como afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social.

PÁRRAFO 3o. Cuando el afiliado esté sujeto a periodos mínimos de cotización por alguna enfermedad presente al momento de la afiliación o desee ser atendido antes de los plazos definidos en el artículo anterior, deberá pagar un porcentaje del valor total del tratamiento, correspondiente al porcentaje en meses de cotización que le falten para completar los periodos mínimos contemplados en el presente artículo.

ARTÍCULO 30o. DE LAS EXCEPCIONES A LOS PERIODOS MINIMOS DE COTIZACION. Serán de atención inmediata sin someterse a periodos de espera las actividades, intervenciones y procedimientos de promoción y fomento de la salud, prevención de la enfermedad que se hagan en el primer nivel de atención, incluido el tratamiento integral del embarazo, parto, puerperio, como también el tratamiento inicial y la estabilización del paciente en caso de una emergencia.

PÁRRAFO 1o. La atención del parto y sus complicaciones no está sujeta a períodos mínimos de cotización. No obstante, el derecho al reconocimiento de las prestaciones económicas por maternidad requerirá que la afiliada haya cotizado por un período mínimo de ocho (8) meses en el período de los doce (12) meses anteriores al parto, y no ejecutar trabajo remunerado alguno en el período de licencia.

PÁRRAFO 2o. Cuando se suspende la cotización al sistema por seis (6) o más meses continuos, la antigüedad acumulada se recuperará una vez cumplidos seis (6) meses de la última afiliación.

Capítulo III DEL PAGO DE CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS

ARTÍCULO 31o. APLICACION DEL PAGO DE CUOTAS MODERADORAS. El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) podrá, previo estudio, establecer cuotas moderadoras cuando la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) compruebe de manera fehaciente que el uso generalizado de determinados servicios durante un período mínimo de un trimestre, supera la frecuencia promedio establecida como base para el cálculo del Plan Básico de Salud, afectando la sostenibilidad financiera del Seguro Familiar de Salud (SFS).

PÁRRAFO 1º: El monto de la cuota moderadora será establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) a propuesta de SISALRIL, el cual nunca será superior al por ciento del costo del servicio que resulte de la diferencia porcentual entre el presupuesto para cubrir dichas intervenciones y el gasto real incurrido en las mismas.

PÁRRAFO 2º. El Consejo Nacional de Seguridad Social, basado en estudios de comportamiento de uso de servicios, costos y situación financiera del Sistema Dominicano de Seguridad Social, podrá ampliar o disminuir el rango y el monto de los cobros para las actividades, intervenciones y procedimientos sujetos al pago de cuotas moderadoras.

PÁRRAFO 3º. En todo caso el valor de las cuotas moderadoras estará sujeto a los límites que fije el CNSS, establecidos como un porcentaje del costo de

los servicios afectados y de un valor porcentual del salario de los afiliados.

PÁRRAFO 4º. Los beneficiarios del Régimen Subsidiado están exentos del pago de cuotas moderadoras.

ARTÍCULO 32o. ACTIVIDADES SUJETAS AL COBRO DE CUOTAS MODERADORAS. Estarán sujetas al pago de cuotas moderadoras aquellas actividades donde se compruebe que exista una demanda superior a la estimada en el cálculo del Plan Básico de Salud y cuya incidencia afecte de manera directa la sostenibilidad financiera del Seguro Familiar de Salud. Dichas cuotas sólo serán establecidas en aquellas intervenciones que causan el desequilibrio financiero y mientras el mismo perdure.

PÁRRAFO 1º. Las actividades, intervenciones y procedimientos de promoción y fomento de la salud y las de prevención de la enfermedad, no estarán sujetas al cobro de cuotas moderadoras, salvo que la SESPAS disponga lo contrario y así lo apruebe el Consejo Nacional de Seguridad Social.

ARTÍCULO 33o. DESTINO DE LOS RECAUDOS DE CUOTAS MODERADORAS. Los recaudos por concepto de cuotas moderadoras pertenecen a la ARS/SENASA y serán cobrados por las Proveedoras de Servicios de Salud a cuenta de las ARS/SENASA. Estos recaudos serán estimados por la Tesorería de la Seguridad Social para efectos del reconocimiento del per capita a dichas entidades. Las ARS / SNS enviarán un informe mensual sobre las cuotas moderadoras a la SISALRIL y a la Tesorería de la Seguridad Social.

ARTÍCULO 34o. DEL SEGURO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO NIVEL DE COMPLEJIDAD Y COSTO. Para garantizar la cobertura del riesgo económico derivado de la atención a los afiliados que resulten afectados por enfermedades de alto costo, incluidos en el Plan Básico de Salud, las Administradoras de Riesgos de Salud y el Seguro Nacional de Salud deberán contar con un seguro de garantía contra contingencias extraordinarias de salud y contra reclamos de los afiliados, proporcional al número de beneficiarios cuyo monto mínimo será establecido por la SISALRIL.

PÁRRAFO 1o. Para este efecto el CNSS dispondrá la utilización con fines exclusivos a las atenciones de alto costo de una porción del per cápita y definirá

periódicamente las enfermedades o procedimientos sujetos al Sistema de Redistribución de Riesgos.

PÁRRAFO 2o. Para efectos de lo señalado en el presente artículo se clasifican como enfermedades o tratamientos de alto nivel de complejidad y costo, los que se enuncian expresamente a continuación. El CNSS podrá ampliar o reducir este listado:

- a) Tratamiento con quimioterapia y radioterapia para el cáncer.
- b) Transplantes de órganos y tratamiento con diálisis para la insuficiencia renal crónica.
- c) Tratamiento para el SIDA y sus complicaciones.
- d) Tratamiento médico quirúrgico para el paciente con trauma mayor.
- e) Tratamiento para el paciente internado en una unidad de cuidados intensivos.
- f) Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central.
- g) Tratamiento médico-quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénito.
- h) Reemplazos articulares.

ARTÍCULO 35o. El copago que asuma el usuario por concepto de medicamentos ambulatorios cubiertos por el Plan Básico de Salud, será del treinta por ciento (30%) de su valor comercial de venta al público, aplicable a las recetas que reciba el paciente, independiente del número de ellas que requiera en el año y de su costo. Los usuarios del Régimen Subsidiado no están sujetos al cobro de copago por este concepto.

PÁRRAFO 1º. El CNSS podrá, de conformidad con la disponibilidad general de recursos en los Regímenes Contributivo y Contributivo Subsidiado, excluir del cobro de copagos los medicamentos formulados para controlar una patología

de manera permanente, en pacientes que deban inscribirse en programas especiales de control.

PÁRRAFO 2o. Las normativas relativas a los medicamentos estarán contenidas en los reglamentos que para tales fines se elaboren.

Capítulo IV DE LA RELACIÓN DEL PLAN BÁSICO DE SALUD CON LOS PLANES Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

ARTÍCULO 36o. DE LOS PLANES COMPLEMENTARIOS. Se entiende por Planes Complementarios aquellos contratos pre pagados a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS/SNS) destinados a cubrir un conjunto de actividades, procedimientos o intervenciones que no están incluidos en el Plan Básico de Salud, o que se ofrecen en condiciones diferentes o adicionales de hotelería, comodidad, tecnología o cualquier otra característica de atención.

PÁRRAFO. Estos planes constituyen modalidades alternativas no obligatorias de acceso a servicios de salud definidos en el presente artículo, en la que su característica esencial es el financiamiento mediante pre pagos mensuales a las ARS contratadas, cubiertos por el afiliado, o por su empleador, o por ambos a la vez.

ARTÍCULO 37o. DE LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS. Son aquellas actividades, procedimientos o intervenciones que no están incluidos en el Plan Básico de Salud, o que se ofrecen en condiciones diferentes o adicionales de hotelería, comodidad, tecnología o cualquiera otra característica de atención, prestados y pagados en forma directa a los Proveedores de Servicios de Salud (PSS).

ARTÍCULO 38o. DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS PARA OFRECER LOS PLANES COMPLEMENTARIOS DE SALUD. Los Planes Complementarios de Salud serán ofrecidos por las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y el Seguro Nacional de Salud (SENASA) a través de la red de Proveedoras de Servicios de Salud (PSS) afiliadas.

PÁRRAFO: Las ARS y el SENASA requerirán de la autorización de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales para ofrecer planes complementarios y para ello deberán establecer una separación técnica y financiera de esta actividad frente a las demás actividades de la entidad.

ARTÍCULO 39o. DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS PARA OFRECER LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE SALUD. Los Servicios Complementarios de Salud serán ofrecidos directamente por la Prestadora de Servicios de Salud seleccionada por el beneficiario.

PÁRRAFO I: Las PSS podrán ofertar servicios complementarios siempre que cuenten con la habilitación correspondiente de la SESPAS.

PÁRRAFO II: Los servicios o tratamientos odontológicos no contemplados en el Plan Básico de Salud podrán ser ofertados como servicios complementarios.

PÁRRAFO III: Los servicios complementarios serán reglamentados por el CNSS a propuesta de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

ARTÍCULO 40o. DE LA FINANCIACION. Los Planes Complementarios, así como los Servicios Complementarios serán financiados exclusivamente y en su totalidad con recursos de los afiliados, de los empleadores o de ambos, distintos a los cotizados al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

ARTÍCULO 41o. DE LA OBLIGATORIEDAD DE AFILIACION AL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA OPTAR POR UN PLAN O SERVICIO COMPLEMENTARIO. Ninguna empresa, entidad o persona podrá ofrecer y prestar Planes Complementarios a personas que no estén cubiertas previamente por el Plan Básico de Salud.

PÁRRAFO: De comprobarse la omisión por cualquier causa de este requisito, dará lugar a la aplicación de las sanciones que contempla la Ley. Es responsabilidad de la entidad que ofrece los planes complementarios verificar que las personas que se inscriben estén afiliadas previamente al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

ARTÍCULO 42o. PERIODOS DE CARENIA, COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS. Las ARS/SNS que ofrezcan Planes Complementarios de Salud, podrán establecer para éstos, según su criterio, períodos de carencia o pactar períodos mínimos de afiliación para acceder a los beneficios, cuotas moderadoras y copagos; condiciones que deberán establecerse previamente y quedar claramente definidas en los contratos de acuerdo a las normas aprobadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social.

ARTÍCULO 43o. CONDICIONES PARA LA APROBACION Y PRESTACION DE LOS PLANES COMPLEMENTARIOS. Los Planes Complementarios, deberán ser registrados y aprobados por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, los cuales se ajustarán a la normativa vigente para estos casos dictada por el Consejo Nacional de Seguridad Social, con sujeción además a los siguientes requisitos:

- a) Nombre y contenido de la actividad, procedimiento o guía de atención que se aspira a ofrecer.
- b) Descripción de los riesgos previsibles potenciales para el paciente, inherentes a lo ofrecido.
- c) Costo y forma de pago del plan.
- d) Descripción de los períodos de carencia, exclusiones, cuotas moderadoras y copagos.

PÁRRAFO. La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales podrá solicitar en cualquier momento información adicional o complementaria en relación con el contenido, condiciones y demás aspectos que considere necesarios referente a los Planes Complementarios.

ARTÍCULO 44o. VIGENCIA. El presente Reglamento rige a partir de la fecha de su promulgación y publicación por parte del Poder Ejecutivo.

DADO en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los treinta y un (31) días del mes de enero del año dos mil tres (2003); año 159 de la Independencia y 139 de la Restauración.

HIPÓLITO MEJIA

Reglamento sobre Aspectos Generales de Afiliación al Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo

**Aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social
mediante Resolución No. 155-02 de fecha 22 de febrero
del año 2007,.**

CAPITULO I DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1. ÁMBITO DE APLICACIÓN. El presente reglamento tiene por objeto regular los aspectos relativos a los procesos de afiliación y cotización al Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, del Sistema Dominicano de Seguridad Social de conformidad con lo establecido en la Ley 87-01.

ARTICULO 2. GLOSARIO. Para el contenido del presente documento se aplicarán las siguientes siglas y conceptos.

Afiliación al SFS: Es el acto mediante el cual una persona contrata a una Administradora de Riesgos de Salud conforme a las normas vigentes y en virtud del cual, la misma conjuntamente con sus dependientes, si los hubiera, queda registrada en la base de datos de la Seguridad Social.

Administradora(s) de Riesgos de Salud (ARS): Es la entidad pública, privada o mixta, descentralizada, con patrimonio propio y personería jurídica, autorizada por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales a asumir y administrar el riesgo de la provisión del Plan Básico de Salud, a una determinada cantidad de beneficiarios, mediante un pago per cápita previamente establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social, de acuerdo a la Ley 87-01 y sus normas complementarias.

Beneficiario: Son beneficiarios del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo: a) El trabajador afiliado; b) El pensionado del Régimen Contributivo, independientemente de su edad y estado de salud; c) El cónyuge del afiliado y del pensionado o, a falta de éste el compañero de vida con quien haya mantenido una vida marital durante los tres años anteriores a su inscripción, o haya procreado hijos, siempre que ambos no tengan impedimento legal para el matrimonio; d) Los hijos menores de 18 años del afiliado; e) Los hijos del afiliado hasta 21 años cuando sean estudiantes; f) Los hijos discapacitados, independientemente de su edad, que dependan del afiliado o del pensionado. En forma complementaria, podrán incluir a otros familiares que dependan del afiliado o pensionado, siempre que el afiliado cubra el costo de su protección.

CNSS: Entidad estatal descentralizada, con autonomía funcional, administrativa y financiera, creada para los fines y funciones citados en la Ley 87-01. Tendrá patrimonio propio y personalidad jurídica, con capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones.

Compañero (a) de Vida: Es la persona que sin tener un vínculo de matrimonio es reconocida por el afiliado titular como tal en el Formulario de inclusión establecido por la SISALRIL suscrito por este y registrada ante su empleador y ante su Administradora de Riesgos de Salud (ARS/SENASA), como integrante del núcleo familiar y que cumpla con las condiciones establecidas en el literal c del artículo 123 de la Ley 87-01.

Cuota Moderadora Variable: Es el aporte en dinero que hace el usuario al utilizar un servicio, equivalente a una parte del total de este servicio definido en el costo del Plan Básico de Salud, y cuya finalidad es regular la utilización y estimular el buen uso del servicio. Los beneficiarios del régimen subsidiado están exentos del pago del mismo.

Cuota Moderadora Fija: Es el aporte en dinero que hace el usuario al utilizar los servicios de atención ambulatoria (consultas médicas generales y especializadas) contenidos en el catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud, equivalente a una parte del total de este servicio definido en el costo del Plan Básico de Salud, y cuya finalidad es evitar el exceso en el uso de los mismos. Los beneficiarios del Régimen Subsidiado están exentos del pago de cuota moderadora fija.

Dependiente Adicional: Es aquel dependiente que no forma parte del núcleo familiar del afiliado titular y depende económicamente de éste, con un lazo de parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad.

Dirección de Información y Defensa del Afiliado (DIDA): Es la dependencia técnica del Consejo Nacional de Seguridad Social de orientación, información y defensa de los derechohabientes.

Empresa Procesadora de la Base de Datos (EPBD): Empresa Procesadora de la Base de Datos contemplada en el párrafo IV del artículo 86 de la ley 87-01 que opera mediante concesión del CNSS por cuenta de la Tesorería con el objetivo de procesar las informaciones sobre afiliación, recaudación, clasificación y distribución de pagos.

Inscripción: Acto en virtud del cual la TSS registra en su base de datos y asigna a cada ciudadano y sus dependientes el Número de Seguridad Social (NSS), a través de las entidades intermediarias y responsables frente a la TSS.

Ley: Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, promulgada el 9 de mayo del 2001.

Novedades de titulares: Proceso mediante el cual los empleadores registran en la TSS los cambios que ocurren en sus nóminas (entradas, salidas, cambios en el salario cotizante, ausencias, etc.) en cualesquiera de las formas previstas en los reglamentos, resoluciones o en virtud de los acuerdos del CNSS conforme al acápite 8 del art. 2 de la Ley No. 87-01.

Novedades de dependientes: Proceso mediante el cual los titulares registran los cambios (inclusiones y exclusiones de dependientes) en las ARS/SENASA y estas a su vez los reportan a UNIPAGO.

Núcleo Familiar: Es el conglomerado formado por el afiliado titular y sus dependientes.

Número de Seguridad Social (NSS): Es el número de identificación para el afiliado, compuesto por ocho (8) dígitos consecutivos más un dígito verificador, el cual será compatible con el registro de cédula de identidad y electoral, y es deber del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) otorgarlo a todos los ciudadanos inscritos en el SDSS, a través de la Tesorería, según lo establece el párrafo único del artículo 11 de la Ley 87-01.

PDSS: Plan de Servicios de Salud aprobado mediante Resoluciones del CNSS Nos. 151-05 y 151-06, de fecha 11 de enero de 2007.

Per Cápita (PCA): Es una tarifa fija mensual por persona protegida por la administración y prestación de los servicios del plan básico de salud, que será pagada por la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) al Seguro Nacional de Salud (SENASA) y a todas las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), públicas y privadas, cuyo monto será establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) mediante cálculos actuariales, y será revisado anualmente en forma ordinaria y semestralmente en casos extraordinarios.

Plan Básico de Salud (PBS): Es el conjunto de servicios de atención a la salud de las personas a los que tienen derecho todos los afiliados a los regímenes Contributivo, Contributivo-Subsidiado y Subsidiado y cuyos contenidos están definidos en el reglamento correspondiente y su forma de prestación estará normalizada y regulada por los manuales de procedimientos y guías de atención integral que se elaboren para tal efecto.

Prestadoras de Servicios de Salud (PSS): Son personas físicas legalmente facultadas o entidades públicas, privadas o mixtas, descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, dedicadas a la provisión de servicios ambulatorios, de diagnósticos, hospitalarios y quirúrgicos, habilitadas por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) de acuerdo a la ley General de Salud.

SDSS: Sistema Dominicano de Seguridad Social

Seguro Nacional de Salud (SENASA): Es el asegurador público responsable de administrar los riesgos de salud de los afiliados indicados en el Párrafo I del artículo 31 de la Ley 87-01.

Seguro Familiar de Salud (SFS): Es un sistema que tiene por finalidad, la protección integral de la salud física y mental del afiliado y su familia, así como alcanzar una cobertura universal sin exclusiones por edad, sexo, condición social, laboral o territorial, garantizando el acceso regular de los grupos sociales más vulnerables y velando por el equilibrio financiero, mediante la racionalización del costo de las prestaciones y de la administración del Sistema.

Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL): Es la entidad estatal, autónoma, con personería jurídica y patrimonio propio, la cual, a nombre y representación del Estado Dominicano ejercerá a cabalidad las funciones establecidas en la Ley 87-01.

Tesorería de la Seguridad Social (TSS): Entidad responsable del recaudo, distribución y pago de los recursos financieros del SDSS, y de la administración del sistema único de información y recaudo (SUIR).

ARTICULO 3. AFILIACIÓN AL SFS: GENERALIDADES. El SFS tiene las siguientes características:

- a. La afiliación al SFS es de cobertura familiar. Salvo lo dispuesto en el presente Reglamento, todos los miembros que componen el núcleo familiar deberán estar afiliados en una misma ARS / SENASA.
- b. El no pago de las cotizaciones al SDSS produce la suspensión de los servicios que ofrece el SFS, salvo la excepción prevista en el Artículo 124 de la Ley 87-01.

La suspensión de los servicios por parte de las ARS implica la negación a la solicitud de autorización realizada por la PSS para prestar servicios con cargo a la ARS/SENASA a aquellos afiliados que no estén al día en el pago de sus aportes al SFS, negación que sólo podrá tener lugar después de la fecha límite de pago.

PÁRRAFO I. La EPBD pondrá diariamente a disposición de las ARS/SENASA un archivo electrónico con los datos de sus afiliados contenidos en facturas pagadas por los empleadores el día anterior y validadas como correctas por la EPBD, debiendo las ARS/SENASA actualizar sus respectivas bases de datos a los fines de rehabilitar los servicios a aquellos afiliados a quienes les hubieren sido suspendidos los mismos por falta de pago.

PÁRRAFO II. Las ARS conservarán la antigüedad de sus afiliados para fines de derecho a servicios consignados con períodos de carencia de un máximo de seis (6) meses sin que se haya efectuado ningún pago por parte de los empleadores. Transcurrido éste plazo de seis (6) meses, el afiliado perderá la antigüedad obtenida y deberá iniciar nuevamente los períodos de carencia establecidos, una vez el empleador pague todas las facturas pendientes.

PÁRRAFO III. Una vez el empleador realice el pago de los períodos atrasados, y de las multas e intereses generados, la TSS pagará a la ARS/SENASA los per cápitas correspondientes a los períodos atrasados hasta seis (6) meses. Si se efectuaran pagos correspondientes a un periodo mayor de seis (6) meses, los aportes excedentes permanecerán en la cuenta de la Seguridad Social “Cuidado de la Salud de las Personas”.

c. Todos los afiliados al SFS del Régimen Contributivo recibirán los subsidios por enfermedad y por maternidad, los servicios de estancias infantiles y los servicios del PBS, que comprende la protección integral de la salud con atención preventiva, médico-quirúrgica, diagnóstica y de rehabilitación así como la provisión de medicamentos esenciales. Dicho Plan será garantizado por las ARS/SENASA.

d. Por concepto de la prestación de los servicios del PBS, las ARS/SENASA, recibirán de la TSS por cada uno de los afiliados un valor fijo mensual que se denomina per cápita –PCA–, siempre y cuando el empleador del afiliado titular, o el de su cónyuge o compañero de vida, del núcleo familiar se encuentre al día en el pago de las cotizaciones correspondientes. Su monto será establecido por el CNSS, mediante cálculos actuariales, será revisado anualmente en forma ordinaria y semestralmente en casos extraordinarios. Sin perjuicio de lo anterior, cuando se desarrollen las condiciones técnicas necesarias, dicho Consejo podrá establecer tarifas diferenciadas en función del riesgo individual de los beneficiarios.

e. Las ARS/SENASA, tendrán a su cargo asumir y administrar el riesgo de la provisión del Plan Básico de Salud de sus afiliados; facilitar el flujo de información a la EPBD, a la TSS y la SISALRIL; hacer uso eficiente de los recursos del per capita por afiliado; y organizar la prestación de los servicios de salud contenidos en el Plan Básico de Salud.

f. Las ARS/SENASA prestarán los servicios del PBS a sus afiliados por medio de la contratación de una red de PSS.

g. Las ARS/SENASA, adoptarán sistemas de cuotas moderadoras fijas y variables a cargo de los afiliados, de conformidad con las resoluciones adoptadas por el CNSS. Las PSS no podrán cobrar al afiliado una suma adicional alguna a la establecida como cuota moderadora para las prestaciones de los servicios contenidos en el PBS, salvo que se trate de un plan complementario, los cuales serán reglamentados por el CNSS de acuerdo al artículo 133 de la Ley.

CAPITULO II DE LA AFILIACIÓN AL SFS Y EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

ARTICULO 4. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. El Régimen Contributivo del SDSS comprende a los trabajadores asalariados y a los empleadores públicos y privados, según lo establece la letra a) del artículo 7 de la Ley, el cual será financiado por el afiliado en concurrencia con su empleador.

ARTICULO 5. BENEFICIARIOS DEL SFS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. Serán beneficiarios del SFS, tanto la persona del afiliado titular como sus dependientes, según lo previsto en la Ley 87-01.

PÁRRAFO. La cotización pagada por el empleador correspondiente al aporte del trabajador y a la contribución del empleador, cubre el pago del PCA de todos los integrantes del núcleo familiar del titular.

ARTICULO 6. PRESTACIONES DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. El SFS del Régimen Contributivo garantiza a sus afiliados prestaciones en especie, que son el PBS y los servicios de Estancias Infantiles y prestaciones en dinero, que comprenden el subsidio en dinero en caso de discapacidad temporal derivada por enfermedad o accidente ocasionados por cualquier causa de origen no relacionada con enfermedad profesional o accidente de trabajo y el subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad y por lactancia. Sólo accederán a las prestaciones en dinero los afiliados cotizantes del núcleo familiar y estas serán pagadas por la SISALRIL.

PARRAFO I. Las prestaciones en dinero recibidas por un beneficiario que esté en Licencia Médica y en Mora, deberá pagarlas la SISALRIL y ésta encargarse del cobro de las deudas al empleador.

PARRAFO II. El pago de la SISALRIL de las prestaciones citadas, deberá hacerlo en el plazo de treinta (30) días a partir de la fecha de la presentación de la reclamación.

CAPITULO III DE LA COBERTURA FAMILIAR

ARTICULO 7. COBERTURA FAMILIAR. El núcleo familiar estará constituido por:

- a) El afiliado titular
- b) El cónyuge
- c) A falta de cónyuge, la compañera o compañero de vida, quien es la persona que sin tener un vínculo de matrimonio es reconocida por el afiliado titular como tal en el Formulario de inclusión establecido por la SISALRIL suscrito por este y registrada ante su empleador y ante su Administradora de Riesgos de Salud (ARS/SENASA), como integrante del núcleo familiar y que cumpla con las condiciones establecidas en el literal c del artículo 123 de la Ley 87-01.
- d) Los hijos menores de dieciocho (18) años.
- e) Los hijos entre los dieciocho (18) y los veintiún (21) años, cuando sean estudiantes de tiempo completo.
- f) Los hijos de cualquier edad si tienen discapacidad permanente.
- g) Los hijos del cónyuge o compañera o compañero de vida del afiliado que cumplan los requisitos de que tratan los literales d), e) y f) del presente artículo.

PÁRRAFO I. Todo recién nacido tendrá vocación de afiliado a la ARS/SENASA a la que pertenece su padre/madre titular. La ARS/SENASA proveerá al recién nacido los servicios de salud correspondientes durante treinta (30) días a contar de la fecha de su nacimiento sin exigir su registro de afiliación y pudiendo solicitar a la TSS el pago del per cápita del recién nacido de forma retroactiva de los treinta (30) días, una vez se haya regularizado el registro de afiliación. Pasados los treinta (30) días señalados, el recién nacido deberá contar de forma obligatoria con su propio registro de afiliación al SDSS para recibir los servicios de la ARS/SENASA.

PÁRRAFO II. En el caso de los hijos entre 18 y 21 años que sean estudiantes, deberán poseer cédula de identidad, ser solteros y demostrar estar inscritos en una institución escolar o universitaria con reconocimiento oficial, y depender económicamente de sus padres. Esta información deberá ser renovada anualmente.

ARTICULO 8. INSCRIPCIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR. Los beneficiarios deberán inscribir ante la ARS/SENASA a cada uno de los miembros que conforman su núcleo familiar según lo dispuesto en el artículo anterior. Esta inscripción se hará de conformidad con la normativa establecida por la SISALRIL, anexando la documentación exigida por la TSS. Las ARS/SENASA deberán tener disponibles para fines de verificación por parte de la TSS los documentos requeridos.

ARTICULO 9. HIJOS CON DISCAPACIDAD PERMANENTE. Tienen derecho a ser considerados miembros del núcleo familiar aquellos hijos que tengan discapacidad permanente producida por alteraciones orgánicas o funcionales incurables, que impidan su capacidad de trabajo. Dicha

discapacidad deberá acreditarse mediante certificación expedida por la Comisión Médica Regional correspondiente.

PÁRRAFO (TRANSITORIO). Se permitirá la afiliación de personas con discapacidad permanente, aunque no estén provistos de la certificación correspondiente que expide la Comisión Médica Regional, durante el término de un (1) año a contar de la entrada en vigencia del SFS o a partir de que el hijo/a con discapacidad cumpla los 18 años.

ARTICULO 10. DEPENDIENTES ADICIONALES. Cuando un afiliado titular tenga otras personas diferentes a las establecidas en el artículo 7 del presente Reglamento, que dependan económicamente de éste y que tengan un parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad línea recta y colateral, podrán incluirlos en el núcleo familiar como dependientes adicionales e inscribirlo en la ARS/SENASA a la que pertenece, siempre y cuando paguen a través de su empleador por cada uno de ellos un aporte adicional equivalente al valor del per cápita correspondiente establecido por el CNSS. El trabajador deberá autorizar por escrito a su empleador a realizar los descuentos correspondientes.

PÁRRAFO I. Se entiende que existe dependencia económica cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para subsistir. El CNSS dictará las normas mínimas para establecer los criterios que definan la dependencia económica

ARTÍCULO 11. SOBRE SUBSIDIOS. Para los casos de prestación económica del SFS (subsídios por maternidad, lactancia y enfermedad común) la SISALRIL verificará a través del SUIR el estatus del afiliado, condición para otorgarle sus beneficios. En el caso de que no se encuentre registrado en el SUIR o al día en el pago de sus cotizaciones, el trabajador deberá presentar su reclamo ante la SISALRIL, cuyo personal evaluará la situación, comunicando al reclamante sobre los resultados de la investigación.

PÁRRAFO I. Durante el período de los tres (3) meses de licencia por maternidad, la trabajadora no podrá ejecutar trabajo remunerado alguno; de comprobarse este hecho, el subsidio será automáticamente suspendido y se hará de conocimiento de las partes participantes en el proceso de pago del subsidio.

ARTICULO 12. COBERTURA FAMILIAR DEL PENSIONADO. La afiliación al SFS de los pensionados del Régimen Contributivo, por jubilación, vejez, invalidez o sobrevivientes, será también de cobertura familiar en iguales términos a los descritos en el presente Reglamento. De conformidad con el Párrafo II del Artículo 140 de la Ley, el CNSS establecerá el aporte porcentual al SFS de los pensionados y jubilados del Régimen Contributivo, de acuerdo a su condición social y económica, procurando la mayor solidaridad posible.

ARTICULO 13. DEFINICIÓN DEL AFILIADO TITULAR CUANDO LOS DOS CÓNYUGES COTIZAN AL SFS. Cuando los dos cónyuges o compañeros de vida son afiliados cotizantes en el SFS, solo uno de ellos podrá constituirse en afiliado titular y deberán estar afiliados a la misma ARS/SENASA. El otro cónyuge o compañero de vida pasará a formar parte del núcleo familiar de aquel que haya sido elegido por ellos como afiliado titular.

PÁRRAFO. La decisión tomada por el titular y su cónyuge o compañero de vida será formalizada a través de la ARS/SENASA seleccionada por ellos, la cual tramitará esta inscripción en la base de datos oficial del SDSS, manejada por la EPBD.

ARTÍCULO 14. CONSERVACIÓN TEMPORAL DEL DERECHO A SERVICIOS DE SALUD. En virtud de las disposiciones del artículo 124 de la Ley 87-01, cuando el afiliado quede privado de un trabajo remunerado solicitará una evaluación de su situación, a fin de determinar en cuál de los otros regímenes califica. Durante sesenta (60) días conservará, junto a sus dependientes, el derecho a prestaciones de salud en especie, sin disfrute de prestaciones en dinero.

PÁRRAFO. El presente artículo modifica el párrafo I del artículo 28 del Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud.

CAPITULO IV. MECANISMOS DE LA AFILIACIÓN AL SISTEMA

ARTICULO 15. TIPOS DE AFILIACIÓN. La afiliación a cualquiera de las ARS/SENASA podrá ser voluntaria o, en su defecto, automática.

PÁRRAFO I. La afiliación voluntaria es la forma de afiliación que cubre a un sólo núcleo familiar o a una sola persona cuando esta carezca de cónyuge o compañero o compañera de vida, o dependientes con derecho a ser inscritos.

PÁRRAFO II. La afiliación automática es el acto mediante el cual los trabajadores con aportes al Seguro Familiar de Salud (SFS) que no hayan escogido una ARS ni su empleador los haya registrado en la ARS que tiene mayoría en su empresa, serán asignados a una ARS/SENASA a través de un proceso automático ejecutado por la EPBD de acuerdo con los criterios establecidos en el presente reglamento.

ARTICULO 16. DILIGENCIAMIENTO DE LA AFILIACIÓN. La afiliación a una cualquiera de las ARS/SENASA en el Régimen Contributivo, es libre y voluntaria por parte del afiliado, excepto para los casos que señala la Ley 87-01.

PÁRRAFO I. Para proceder a la afiliación el trabajador deberá completar un formulario previsto al efecto por la SISALRIL y anexar al mismo la documentación necesaria para la afiliación de los miembros del núcleo familiar y de los dependientes adicionales, si proceden.

ARTICULO 17. CONFIRMACIÓN DE LA AFILIACIÓN. Cuando la afiliación no cumpla los requisitos mínimos establecidos, la ARS/SENASA deberán comunicarlo al solicitante y al respectivo empleador, cuando fuere el caso, dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de presentación del formulario en que se solicitó la vinculación.

PÁRRAFO. Si dentro de los quince (15) días siguientes a la presentación del formulario, la respectiva ARS/SENASA no ha efectuado la comunicación prevista en el inciso anterior, se entenderá que se ha producido dicha afiliación por haberse verificado el cumplimiento de todos los requisitos establecidos para el efecto. No obstante, en caso de que faltare alguno de los documentos que acrediten la calidad de los miembros del núcleo familiar, la ARS/ SENASA deberá notificarlo al trabajador y de no obtener respuesta dentro de los cinco (5) días siguientes, no estará obligada a prestar los servicios al beneficiario, mientras no se acredite la totalidad de la documentación; si al contrario la ARS/SENASA dejó de notificar al trabajador ella se hará responsable y deberá otorgar las prestaciones de lugar.

ARTÍCULO 18. PROCEDIMIENTO DE AFILIACIÓN AUTOMÁTICA. La afiliación automática es un procedimiento justificable para los casos en que han transcurrido diez (10) días desde el ingreso de los aportes que corresponden al SFS del nuevo trabajador y éste no ha seleccionado ARS o su empleador no le ha asignado la ARS de la mayoría de sus empleados. Los mecanismos que utilizará la EPBD para ejercer la afiliación automática son las siguientes:

1. Si el empleado labora en una empresa pública o privada que tiene una ARS de autogestión, el empleado quedará afiliado automáticamente a esa ARS, según lo dispuesto en el literal a) del párrafo I del artículo 31 de la Ley 87-01.
2. Si el empleado labora en una institución del sector público el sistema lo afiliará al SENASA automáticamente. Esto aplicará también para los empleados que laboran en empresas privadas además de laborar en el sector público. Si el empleado labora en una institución del sector público y en una institución del sector privado, el proceso de afiliación automática verificará en cual

empleador percibe mayor salario y lo afiliará a la ARS donde estén afiliados la mayoría de los trabajadores del empleador donde percibe mayor salario.

3. Cuando el empleado labora únicamente en el sector privado, el Sistema realizará una búsqueda en la nómina del empleador y de entre las ARS contratadas por sus trabajadores determina cuál es la que tiene mayoría de afiliados voluntarios en esa empresa y afilia al trabajador a esa ARS. Cuando el empleado labora únicamente en más de una empresa del sector privado el empleador seleccionado para determinar la mayoría de afiliados será donde el trabajador percibe mayor salario.
4. En este caso se pueden presentar tres situaciones:
 - a. Que se presente un empate entre dos o más ARS en cantidad de afiliados voluntarios en esa empresa. En este caso, el proceso de afiliación automática buscará cuál ARS tiene mayor monto salarial de sus afiliados voluntarios en relación a esa empresa y afiliará al trabajador a esa ARS.
 - b. Que se presente un empate entre dos o más ARS en cantidad de afiliados voluntarios y monto salarial a esa empresa. El proceso de afiliación automática, en este caso, realizará una sumatoria de las edades de los afiliados titulares voluntarios de cada una de las ARS y afiliará al trabajador en aquella de mayor sumatoria de edades.
 - c. Que se presente un empate entre dos o más ARS en cantidad de afiliados voluntarios, monto salarial y sumatoria de edades. El proceso de afiliación automática afiliará al trabajador de manera aleatoria entre las ARS que están empatadas.
5. Las ARS recibirán los resultados con los afiliados que le fueron asignados de forma automática y los aplicarán a su base de datos. Posteriormente procederán a contactar a los afiliados para informarles de su afiliación y solicitarles la firma de un contrato de afiliación, así como solicitarles la documentación necesaria para la afiliación de los dependientes si existiesen y registrarlos como tales en la EPBD.
6. Cuando mediante el proceso de registro de dependientes, se verifique el caso de que el cónyuge o compañero(a) de vida ha sido previamente afiliado al sistema de forma automática, se procederá a la unificación del núcleo familiar en la ARS que seleccionen ambos cónyuges y se procederá de acuerdo a la normativa de traspasos dispuesta por la SISALRIL para este tipo de traspasos.

ARTICULO 19. EFECTOS DE LA AFILIACIÓN. La afiliación a la ARS/SENASA, implica la aceptación de las condiciones propias del Régimen Contributivo, y aquellas particulares que establezca la respectiva ARS/SENASA para la prestación de los servicios que estén fijados con anterioridad a la afiliación. La afiliación a una ARS/SENASA surtirá efectos a partir del primer día del mes siguiente a la factura pagada.

ARTICULO 20. TRASPASO DE ADMINISTRADORA DE RIESGOS DE SALUD / SEGURO NACIONAL DE SALUD. Los afiliados a una ARS/SENASA, podrán realizar cambios una vez por año, tal como indica el Art. 120 de la Ley 87-01. El traspaso será efectivo el primer día del mes subsiguiente de la solicitud, con un preaviso mínimo de 30 días siempre que cumplan con doce (12) cotizaciones consecutivas en la misma ARS, no tengan deudas pendientes con ésta y no se trate de pacientes con cirugías electivas pendientes o tratamientos en curso para enfermedades catastróficas. La SISALRIL dictaminará las normas complementarias que regularán los detalles relativos al proceso de Traspaso de ARS.

PÁRRAFO. La solicitud de traslado debe realizarse de manera personal y para ser efectiva debe cumplir con los requisitos establecidos en este artículo y en la normativa aprobada por la SISALRIL.

ARTICULO 21. MÚLTIPLES AFILIACIONES. Ninguna persona podrá estar afiliada a más de una ARS/SENASA. Cuando el afiliado solicite un cambio de ARS/SENASA fuera del plazo establecido, el Sistema no se lo reconocerá. Estos procesos serán controlados a través de la EPBD.

CAPITULO V COTIZACIÓN

ARTICULO 22. OBLIGATORIEDAD DE LAS COTIZACIONES. Durante la vigencia del contrato de trabajo es obligación por parte de los trabajadores y de los empleadores efectuar las cotizaciones del SFS en el Régimen Contributivo.

ARTICULO 23. OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR. El Empleador es el responsable de inscribir sus trabajadores, de notificar sus salarios efectivos o los cambios de estos, así como de ingresar las cotizaciones y contribuciones a la Seguridad Social; cuando por su incumplimiento no se pudiere prestar los servicios, el empleador es responsable de los daños y perjuicios causados al afiliado y sus familiares de conformidad con los artículos 145 y 181 de la Ley 87-01.

ARTICULO 24. BASE DE COTIZACIÓN. La base de cotización será la prescrita en la primera parte del artículo 17 de la Ley, es decir, el salario cotizante que define el artículo 192 del Código de Trabajo.

PÁRRAFO I. Los afiliados al SFS sólo podrán cotizar a una ARS/SENASA aunque presten servicios a varios empleadores o como trabajadores dependientes e independientes simultáneamente.

PÁRRAFO II. Cuando el afiliado perciba salario de dos o más empleadores, las cotizaciones correspondientes serán efectuadas aplicando los descuentos establecidos por la ley acorde con el salario percibido en cada uno de ellos. Al final del primer año de operaciones del SFS del Régimen Contributivo y siguientes, la TSS generará un reporte electrónico con los montos pagados en exceso por los afiliados y sus respectivos empleadores que realizaron aportes por encima de los topes establecidos en el Art. 143 de la Ley. Sólo serán tomados en cuenta los montos de los períodos pagados dentro de los plazos establecidos en el Art. 30 de la Ley. Los montos pagados en exceso se identificarán como “saldos a favor” que se acreditarán a cada trabajador y empleador y deberán ser reversados en idéntica forma en que fueron dispersados y de la cuenta “Cuidado de la Salud de las Personas” según la proporción a ser acreditada. La TSS establecerá el mecanismo y procedimiento por el cual serán acreditados los montos pagados a los respectivos empleadores y trabajadores.

ARTÍCULO 25. ANTIGÜEDAD DE LA COTIZACIÓN. La antigüedad de la cotización se entenderá como el derecho adquirido por el tiempo de cotización de un afiliado titular conjuntamente con su núcleo familiar y los dependientes adicionales que pudieran estar a su cargo, para fines de prestaciones del SFS a través de una ARS.

PARRAFO. Cada miembro del núcleo familiar tendrá su periodo de antigüedad particular para fines de cómputo o cálculo del período de carencia.

CAPITULO VI

MOVIMIENTOS EN EL NÚCLEO FAMILIAR

ARTÍCULO 26. MOVIMIENTOS EN EL NÚCLEO FAMILIAR. Para fines del SFS, los casos que originan movimientos del núcleo familiar son los siguientes:

- 1) Matrimonio entre afiliados al SDSS en diferentes ARS
- 2) Divorcio de los cónyuges o separación de los compañeros de vida
- 3) Fallecimiento del titular
- 4) Pérdida del empleo del titular
- 5) Dependientes que cumplen 18 ó 21 años de edad.
- 6) Matrimonio de hijos o dependientes adicionales.
- 7) Dependientes asalariados aun cuando no estén casados o no cumplan con la edad reglamentaria para la exclusión.

PÁRRAFO. El SDSS considerará como división del núcleo familiar la desvinculación que ocurra entre los miembros del mismo, originada ya sea por el divorcio o separación, ya sea por el fallecimiento del titular, en cuyos casos el nuevo núcleo familiar será válido para las entidades del SDSS involucradas en el proceso, cuando estén completos los documentos probatorios correspondientes.

ARTÍCULO 27. RESPONSABILIDAD DEL AFILIADO. Es responsabilidad de los afiliados presentar ante la ARS a la cual está afiliado, la documentación legal que sustenta la división del núcleo familiar.

ARTÍCULO 28. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE DIVISIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR. El afiliado titular, el cónyuge o compañero de vida sobreviviente deberán reportar con carácter de obligatoriedad a la ARS/SENASA en la cual se encuentre afiliado el cambio de estatus de su núcleo familiar, presentando los documentos legales que avalen el nuevo estatus.

PÁRRAFO. En todos los casos, la ARS/SENASA deberá realizar las actualizaciones de lugar en la Base de Datos oficial del SDSS. La EPBD, a través del SUIR, aplicará las validaciones de lugar, modificando los datos del núcleo familiar.

ARTÍCULO 29. MATRIMONIO ENTRE AFILIADOS AL SDSS EN DIFERENTES ARS. Cuando dos afiliados a diferentes ARS conforman un nuevo núcleo familiar se podrán verificar los siguientes casos:

- a) Si sólo uno de los dos es titular, se procederá al traspaso del dependiente a la ARS de su cónyuge o compañero de vida.
- b) Si ambos son titulares, deberán elegir en cuál ARS permanecerán afiliados como núcleo familiar y notificar a sus respectivas ARS de acuerdo a la normativa dispuesta por la SISALRIL para este tipo de traspasos.

ARTICULO 30. DIVISIÓN POR CAUSA DE DIVORCIO O SEPARACIÓN DE LOS COMPAÑEROS DE VIDA. En caso de división del núcleo familiar por causa de divorcio o separación de los compañeros de vida, los pasos son los siguientes:

1. El titular obtendrá el Acta de Divorcio o el Acto Notarial de Separación, debidamente certificado, y la depositará en la ARS en la cual se encuentra afiliado. La ARS notifica a la EPBD el cambio reportado por el titular.

Se pueden presentar dos posibilidades:

a) Cuando se trate de que el cónyuge o compañero de vida dependiente es cotizante, éste pasará a ser afiliado titular una vez la ARS/SENASA reporte el cambio a la EPBD y será registrado en el SUIR sin dependientes. Los dependientes los conservará el afiliado que figuraba como titular antes de la división del núcleo familiar por motivo del divorcio. De lo contrario se hará el cambio a voluntad de las partes y agotado el procedimiento ante la ARS a la cual se encuentra afiliado.

b) Cuando el o la cónyuge o compañero de vida dependiente no es cotizante, se le aplicarán los términos del artículo 124 de la Ley 87-01 y conservará las prestaciones en especie del SFS, período durante el cual deberá definir ante la ARS que se encuentra afiliado su estatus o gestionar su afiliación bajo los beneficios del SFS al amparo del Régimen Subsidiado, siguiendo los procedimientos regulados por el Reglamento para el Régimen Subsidiado. Una vez cumplidos los sesenta (60) días sin que el o la cónyuge o compañero de vida dependiente pase a ser cotizante o sea afiliado(a) como dependiente adicional por uno de sus hijos que haya pasado a ser afiliado titular, quedarán suspendidos estos servicios.

ARTÍCULO 31. DIVISIÓN POR CAUSA DE FALLECIMIENTO DEL TITULAR. En el caso de división del núcleo familiar por causa de fallecimiento del afiliado titular, el cónyuge o compañero de vida del titular deberá notificar, directamente o a través del empleador del difunto, a la ARS que se encontraba afiliado dicho titular el fallecimiento del mismo y depositar el Acta de Defunción debidamente certificada, en un plazo no mayor a veinte (20) días del fallecimiento.

PÁRRAFO. En caso de fallecimiento de ambos cónyuges o compañeros de vida quienes hayan procreado hijos durante su convivencia y/o hayan tenido dependientes adicionales se presentan los siguientes escenarios:

a) En caso de que los dependientes no sean cotizantes tendrán que solicitar su afiliación al Régimen Subsidiado a través de ARS/SENASA, a menos que entren como dependientes adicionales de otro titular. Estos dependientes tendrán derecho a los servicios establecidos en el Art. 124 de la Ley 87-01.

b) En caso de que uno de los hijos sea cotizante podrá constituirse en afiliado titular y afiliar a los demás dependientes como adicionales.

ARTÍCULO 32. PÉRDIDA DE EMPLEO DEL TITULAR. La responsabilidad de notificación a la TSS, sobre la privación del trabajo del titular es exclusiva del empleador, ya que de no proceder a dar el aviso de lugar, la TSS le facturará por ese empleado.

PÁRRAFO I. En el caso de que el cónyuge o compañera (o) no sea cotizante se le aplicarán los términos del artículo 124 de la Ley 87-01 y conservará las prestaciones en especie del SFS, período durante el cual deberá definir ante la ARS que se encuentra afiliado su estatus o gestionar su afiliación bajo los beneficios del SFS al amparo del Régimen Subsidiado, siguiendo los procedimientos regulados por el Reglamento para el Régimen Subsidiado. Una vez cumplidos los sesenta (60) días sin que el o la cónyuge o compañero de vida dependiente pase a ser cotizante o sea afiliado(a) como dependiente adicional por uno de sus hijos que haya pasado a ser afiliado titular, quedarán suspendidos estos servicios.

PÁRRAFO II. En el caso de que en el núcleo familiar el titular trabaja en el sector privado y están afiliados a una ARS de su elección y el cónyuge o compañero de vida es dependiente cotizante y trabaja en el sector público, si el afiliado titular perdiera su empleo y el cónyuge o compañero de vida cotizante pasa a ser el titular, el núcleo familiar completo deberá afiliarse a SENASA por su condición de empleado público. Lo mismo ocurrirá en sentido inverso en caso de que el titular que pierde el empleo esté en el sector público y el cónyuge cotizante pertenezca al sector privado. En ambos casos, el traspaso se hará conforme al plazo previsto en el art. 120 de la Ley 87-01

ARTICULO 33. ADQUISICIÓN DE LA MAYORÍA DE EDAD DEL DEPENDIENTE. El afiliado titular notificará a la ARS/SENASA el alcance de la mayoría de edad de uno de los miembros del núcleo familiar y, en el caso de que sea estudiante, dicho afiliado titular deberá probar la calidad de estudiante para que permanezca en el Sistema como su dependiente. El titular deberá hacer la solicitud en un plazo no menor de treinta (30) días con antelación al alcance de la mayoría de edad.

PÁRRAFO I. El afiliado titular que tenga un dependiente miembro del núcleo familiar que haya alcanzado los 21 años de edad y no se encuentre cotizando deberá notificar a la ARS/SENASA con

treinta (30) días de anticipación para que su estatus pase de miembro del núcleo familiar a dependiente adicional. Alcanzados los 21 años de edad sin que el afiliado titular haya realizado alguna gestión, se dará de baja automáticamente en la base de datos del SDSS y se suspenderán sus beneficios al SFS del régimen contributivo, quedándole la opción de aplicar al régimen subsidiado.

PÁRRAFO II. Para los casos de discapacidad el dependiente siempre mantendrá su estatus de miembro del núcleo familiar o dependiente adicional con todos los beneficios que le confiere la Ley.

ARTICULO 33. VIGENCIA. El presente Reglamento entrará en vigencia a partir de su publicación.

ARTICULO 34. TRANSITORIO. El presente Reglamento será aplicable al Plan de Servicios de Salud (PDSS) solamente en cuanto corresponda. En consecuencia mientras el PDSS esté vigente no aplicará para todo aquello que no esté previsto en el Acuerdo para el Inicio del SFS del Régimen Contributivo, firmado el 19 de diciembre de 2006.

**REGLAMENTO
DEL
RÉGIMEN
SUBSIDIADO
DEL
SISTEMA
DOMINICANO
DE
SEGURIDAD
SOCIAL**



Reglamento del Régimen Subsidiado del Sistema Dominicano de Seguridad Social

Aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social mediante Resolución No. 56-03 del 28 de Noviembre 2002 y 74-02 del 15 de Mayo del 2003. Promulgado por el Decreto No. 549-03 del 6 de junio del 2003.

LIBRO I

ASPECTOS COMUNES DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1.- OBJETO. El presente Reglamento tiene por objeto definir los aspectos fundamentales, características de los beneficiarios, mecanismos de afiliación, derechos, deberes, beneficios y fuentes de financiamiento del Régimen Subsidiado para su implementación en el territorio nacional, definiendo los ámbitos y alcances de las instituciones que asumirán la gestión del Seguro Familiar de Salud y el Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia.

ARTÍCULO 2.- PRINCIPIOS EN QUE SE FUNDAMENTA EL RÉGIMEN SUBSIDIADO. El Régimen Subsidiado descansa en la aplicación de los principios fundamentales establecidos en el Artículo 3 de la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

ARTÍCULO 3.- MARCO INSTITUCIONAL DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. El control, gestión, programación, proyección y difusión del Régimen Subsidiado del Sistema Dominicano de Seguridad Social, corresponde al Estado Dominicano, quien lo ejercerá a través del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), la Superintendencia de Pensiones (SIPEN), la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA), el Seguro Nacional de Salud (SENASA) y de la Administradora de Fondos de Pensiones Pública (AFP).

ARTÍCULO 4.- ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL REGLAMENTO. El Reglamento del Régimen Subsidiado comprende:

- a) Los contenidos del Seguro familiar de Salud y del Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia del Régimen Subsidiado.
- b) Las características de los beneficiarios y los procedimientos para identificar, seleccionar y facilitar la afiliación de la población del Régimen Subsidiado.
- c) Los derechos y deberes de los afiliados al Régimen Subsidiado.
- d) Las condiciones para el traspaso del Régimen Subsidiado a otros regímenes y viceversa, reubicaciones y cesafiliaciones.

- e) La determinación del monto y la forma de financiamiento, así como los mecanismos de asignación y entrega de los recursos.
- f) El aseguramiento y el acceso a la provisión del Plan Básico de Salud.
- g) Los procedimientos para solicitar, asignar y conceder las pensiones solidarias;
- h) Las infracciones y sanciones.

ARTÍCULO 5.- DEFINICIONES. Para efectos de este Reglamento se entenderá como:

1. **Acuerdo Familiar Social:** Es el documento en el cual el beneficiario titular del subsidio, a nombre de sí mismo y sus dependientes si es el caso, declara su disposición de participar y colaborar en programas de prevención y control de sus propios riesgos, de su familia y la comunidad; En el caso de los desempleados, declara además, su compromiso de prestar servicios comunitarios al sector público de salud o a los ayuntamientos, en situaciones de emergencia nacional y/o durante campañas y otros programas especiales, orientados a prevenir enfermedades y discapacidad.
2. **Afiliación:** Acto administrativo en virtud del cual la Tesorería de la Seguridad Social, luego del proceso de inscripción y asignación del Número de Seguridad Social, reconoce la condición de vínculo jurídico entre el Seguro Nacional de Salud (SENASA), y la Administradora de Fondos de Pensiones Pública con la persona que se afilia.
3. **Aseguramiento:** Es la materialización de la afiliación del beneficiario mediante la relación entre el asegurado y el ente asegurador, en este caso con el SENASA, que se sustenta en una asignación financiera determinada y se expresa con la entrega de un carné de persona afiliada al Sistema Dominicano de Seguridad Social, que garantiza el acceso a los servicios cubiertos por el Plan Básico de Salud y el Plan de Pensiones, entre otras prestaciones.
4. **Cartilla Familiar:** Es el documento en el cual se registra el cumplimiento de las actividades comunitarias asignadas al beneficiario titular del subsidio
5. **Comité de Selección y Certificación:** Es la instancia local responsable de evaluar y seleccionar a las familias beneficiarias del subsidio de acuerdo a los criterios establecidos en el presente Reglamento y observando cada caso en forma particular, así como de la gestión de la participación social de los beneficiarios del subsidio.
6. **Contratación:** Los actos legales que describen las obligaciones contraídas entre las partes, el Seguro Nacional de Salud (SENASA) y las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS), según las leyes vigentes sobre la materia.

7. **Consejo de Administración de la Red Local:** Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARSs,) Seguro Nacional de Salud (SENASA) locales tendrán un Consejo de Administración integrado con representantes provinciales de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), el Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), Organizaciones profesionales, comunitarias, juntas de vecinos, asociaciones de microempresas, autoridades municipales y provinciales, que escogerá al gerente de las ARS / SENASA.
8. **Desempleado:** Es toda persona carente de un ingreso fijo, u ordinario como asalariado por cuenta ajena o como trabajador por cuenta propia, y que en consecuencia no se encuentra amparado bajo el Régimen Contributivo, ni bajo el Régimen Contributivo-Subsidiado, ni por las previsiones de un Seguro de Desempleo.
9. **Descentralización:** Es el acto de delegar o transferir competencias a instituciones que gozan de personería jurídica diferente a la institución descentralizadora.
10. **Focalización:** El proceso de orientación y asignación del gasto social hacia los grupos de población de menores ingresos económicos.
11. **Inscripción:** Acto en virtud del cual la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) registra en su base de datos y asigna a los beneficiarios titulares y a cada uno de sus dependientes, el Número de Seguridad Social (NSS) a través de las entidades autorizadas por la Tesorería.
12. **Núcleo familiar:** El conglomerado conformado por el jefe de hogar y sus dependientes debidamente registrados, estos son: el ó la cónyuge o compañero(a) vida, hijos e hijastros menores de 18 años, hasta 21 si son estudiantes o sin límites de edad si son discapacitados, los padres del afiliado titular, sólo si son económicamente dependientes del mismo y toda persona que unida o no por vínculos de parentesco, hayan convivido en forma permanente bajo un mismo techo durante los últimos tres (3) años. Los dependientes que trabajan serán considerados para calificar la situación económica del núcleo familiar.
13. **Pensión Solidaria por Discapacidad:** Es la Pensión subsidiada por el Estado a favor del beneficiario del subsidio cuando por discapacidad física y/o mental y/o sensorial permanente quede limitado o imposibilitado de realizar un trabajo productivo.
14. **Pensión Solidaria por Sobrevivencia:** Es la Pensión subsidiada por el Estado a favor de los beneficiarios dependientes de un pensionado solidario fallecido.
15. **Pensión Solidaria por Vejez:** Es la Pensión subsidiada por el Estado a favor de un beneficiario, mayor de sesenta (60) años de edad que carece de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades esenciales

16. **Plan Básico de Salud:** Es el conjunto de servicios de atención a la salud de las personas, a los que tienen derecho todos los afiliados a los regímenes Contributivo, Contributivo-Subsidiado y Subsidiado y cuyos contenidos están definidos en el Reglamento correspondiente y su forma de prestación estará normatizada y regulada por los manuales de procedimientos y guías de atención integral que se elaboren para tal efecto.
17. **Rendición de Cuentas de la gestión:** Es la responsabilidad de todo organismo que realiza actividades en el SDSS de rendir cuentas de gestión respecto al servicio prestado a los usuarios y de la eficiencia y eficacia con que han utilizado los recursos públicos.
18. **Salario mínimo nacional:** Para los fines de cotización, exención impositiva y sanciones, el salario mínimo nacional será igual al promedio simple de los salarios mínimos legales del sector privado no estructurado establecido por el Comité Nacional de Salario de la Secretaría de Estado de Trabajo y aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social.
19. **Supervisión y Vigilancia:** Es la función cubierta por las Superintendencias de Salud y Riesgos Laborales y de Pensiones, basadas en utilizar las inspecciones para identificar situaciones conflictivas con los fines de la Ley 87-01 de manera que se tomen las medidas correctivas, así como para identificar infractores y sancionarlos o para suspender y/o corregir sus contratos si fuera necesario.
20. **Tiempo Real Disponible:** Es el tiempo de que dispone un beneficiario del subsidio, fuera de las horas en las cuales desarrolla alguna tarea por la cual reciba ingresos.
21. **Unidades de Atención Primaria (UNAPs):** Son las unidades de salud a las cuales, los beneficiarios del Seguro Familiar de Salud accederán de forma directa y como puerta de entrada al sistema, para recibir los servicios de salud y desde las que en el caso de que lo requieran, serán referidos a otros niveles de mayor complejidad. Estas UNAPs están conformadas por un médico primario o familiar, una enfermera y un promotor de salud.

CAPÍTULO II

BENEFICIARIOS TITULARES DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

ARTÍCULO 6.- BENEFICIARIOS TITULARES DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. Se consideran afiliados titulares al Régimen Subsidiado, con derecho a pensión solidaria y al Seguro Familiar de Salud, siempre y cuando no sean dependientes de un afiliado:

- 1) Los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, siempre y cuando no sean dependientes económicamente de un afiliado al Sistema Dominicano de Seguridad Social.
- 2) Los desempleados que carecen de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades esenciales, siempre y cuando no sean dependientes económicamente de un afiliado al Sistema Dominicano de Seguridad Social y siempre que no estén recibiendo los beneficios derivados de un Seguro de Desempleo.
- 3) Las personas con discapacidad física, sensorial y/o mental que carecen de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades esenciales, siempre que no sean dependientes económicamente de un afiliado al Sistema Dominicano de Seguridad Social, previa certificación de la Comisión Técnica de Discapacidad según el Art. 48 de la Ley 87-01.
- 4) Las madres solteras desempleadas con hijos menores de edad que carecen de recursos suficientes para cubrir sus necesidades esenciales y garantizar la educación de los mismos, siempre y cuando no sean dependientes económicamente de un afiliado al Sistema Dominicano de Seguridad Social.
- 5) Las personas mayores de 60 años de edad que carecen de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades esenciales siempre y cuando no sean dependientes económicamente de un afiliado al Sistema Dominicano de Seguridad Social.
- 6) Las personas indigentes y carentes de recursos según el Art. 7 de la Ley 87-01 y sus familiares siempre y cuando estos no sean dependientes económicamente de un afiliado al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

Párrafo 1.- Si algún miembro de la familia tuviere ingresos estables, éstos serán considerados para calificar la situación económica del núcleo familiar.

Párrafo 2.- En el caso de cambio de domicilio del afiliado y su familia o de alguno de los dependientes, el afiliado deberá notificarlo a la representación local de SENASA para que se tomen las medidas pertinentes.

Párrafo 3.- En el caso de separación formal de la pareja cada una de las partes constituirá, para efectos de este Reglamento, una nueva unidad familiar y por consiguiente, cada una de las partes deberá solicitar una nueva evaluación al Comité de Selección y Certificación de su respectiva comunidad que verifique o revalide su condición de beneficiario del Régimen Subsidiado.

ARTÍCULO 7. - BENEFICIARIOS DEPENDIENTES. Son beneficiarios dependientes del afiliado titular del Régimen Subsidiado, siempre y cuando no sean dependientes económicamente de un afiliado al Sistema Dominicano de Seguridad Social:

- a) El o la cónyuge debidamente registrado/a a falta de este/a el o la compañero/a de vida con quien haya mantenido una vida marital durante los tres años anteriores a su inscripción, siempre que ambos no tengan impedimento legal para el matrimonio y que dependa económicamente del afiliado titular.
- b) Los hijos e hijastros menores de 18 años, hasta 21 años si fueran estudiantes, o sin límites de edad si son discapacitados, siempre que éstos sean dependientes económicamente del afiliado titular.
- c) El padre y/o la madre del afiliado titular que no perciban ingresos o con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, siempre que no dependan económicamente de un afiliado a otro régimen o tengan derecho a ser protegidos en otro régimen de financiamiento o en otro de los seguros previstos en la Ley 87-01 y sus normas complementarias.

CAPITULO III

IDENTIFICACIÓN, SELECCIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

ARTÍCULO 8. PRIORIDAD EN LA TRANSICIÓN. Durante el periodo de transición establecido en el Artículo 33 de la Ley 87-01 y en el proceso de afiliación de las familias que responden a los requerimientos expresados en los Artículos 6 y 7 del presente Reglamento, tendrán mayor prioridad aquellas familias con mayores carencias de las provincias y zonas rurales y urbanas marginales de mayor índice de pobreza.

ARTÍCULO 9.- COMITÉ DE SELECCIÓN Y CERTIFICACIÓN. El proceso de identificación, selección y certificación de los beneficiarios del Régimen Subsidiado estará a cargo del Comité de Selección y Certificación.

Párrafo 1.- Para la identificación de los beneficiarios del Seguro Familiar de Salud, los Equipos de Salud Familiar utilizarán en adición a la Ficha Familiar de Salud de la SESPAS, un formulario para la recolección de la información socioeconómica requerida. El Comité de Selección y Certificación podrá verificar la ficha familiar.

Párrafo 2.- Para la identificación de los beneficiarios de las Pensiones Solidarias se tomarán en cuenta, además de los criterios expuestos en los Artículos 6 y 7 del presente Reglamento y los descritos en el Artículo 37 del mismo.

Párrafo 3.- El Consejo Nacional de Seguridad Social elaborará un formulario de solicitud de Pensión Solidaria, detallando en el mismo los requerimientos para fines de clasificación.

Párrafo 4.- La persona o la familia que reúna los requisitos previamente señalados, será remitida por el Comité de Selección y Certificación a las oficinas más cercanas de la Tesorería de la Seguridad Social para su inscripción y al Seguro Nacional de Salud para su afiliación.

Párrafo 5.- De conformidad con lo que establece el Artículo 68 de la Ley 87-01, las personas interesadas y/o aquellas identificadas en la comunidad, deberá llenar una solicitud de Pensión Asistencial, la cual será evaluada a nivel municipal por el Comité de Selección y Certificación y sometida a la consideración del Consejo de Desarrollo Provincial para su decisión final.

Párrafo 6.- Comunicar al CNSS las faltas cometidas por lo afiliados, a los fines de suspensión o restricción de los beneficios otorgados, a excepción del Plan Básico de Salud.

Párrafo 7.- El Comité velará por la aplicación de las prestaciones correspondientes a los beneficiarios del Régimen Subsidiado y será responsable de gestionar la participación social de los mismos.

Párrafo 8.- El Comité evaluará, por lo menos cada dos (2) años, las condiciones socioeconómicas de todo beneficiario de una Pensión Solidaria a fin de verificar si se mantienen las condiciones que lo hicieron merecedor de dicha pensión. En adición, cumplirá con lo dispuesto en el Art. 22 del presente Reglamento. Los criterios, formas y reglas para la evaluación, se establecerán mediante normas complementarias.

Párrafo 9.- El Comité podrá participar y colaborar en la ejecución de los estudios e investigaciones dispuestos por el CNSS según las previsiones del artículo 22 del presente Reglamento.

Párrafo 10.- Cualquier persona que tuviere objeción en la selección de una persona o familia para recibir el subsidio, podrá remitir y justificar su reclamo al Comité de Selección y Certificación de su municipio, como primera instancia. Tendrá derecho a impugnar la decisión adoptada por el Comité mediante instancia motivada dirigida al Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), vía la Gerencia General o su representación local, si la hubiere.

ARTÍCULO 10.- INTEGRACION. El Comité de Selección y Certificación estará integrado por los siguientes miembros:

- a) Un representante del Ayuntamiento local del municipio correspondiente, designado por la sala capitular del mismo.
- b) Un representante de la Junta de Vecinos, identificado por la comunidad, con una labor social y comunitaria reconocida en su localidad y electo en asamblea de la junta de vecinos con participación comunitaria.
- c) Dos representantes de las iglesias locales de diferentes denominaciones, identificados por la comunidad, con una labor social y comunitaria reconocida en su localidad.
- d) Un representante del equipo local de salud.

Párrafo 1.- En las zonas rurales, el representante de la Junta de Vecinos ante el Comité de Selección y Certificación, se sustituirá por un/a representante de las Organizaciones Campesinas, identificado/a por la comunidad, con una labor social y comunitaria reconocida en su localidad y electo en asamblea de las organizaciones campesinas.

Párrafo 2.- En la conformación del Comité de Selección y Certificación se deberá tomar en cuenta la participación de ambos géneros.

Párrafo 3.- El Consejo Nacional de Seguridad Social definirá con mayor nivel de detalle los procedimientos supletorios o adicionales para la conformación del Comité de Selección y Certificación, en los casos en que la situación particular lo amerite, mediante normas complementarias, a fin de garantizar la operatividad del mismo en el proceso de identificación y certificación de la población beneficiaria.

Párrafo 4.- Este Comité evaluará cada caso en forma particular y seleccionará a las familias beneficiarias del subsidio de acuerdo a los criterios establecidos en el presente Reglamento.

Párrafo 5.- Cuando cumpliendo con los requisitos señalados precedentemente, no coincidan dos o más criterios establecidos para la priorización de las familias, el orden de prioridad será el siguiente: discapacitados físicos y/o mentales y/o sensoriales, madres solteras con hijos, indigentes y desempleados.

ARTÍCULO 11.- PRIORIDAD EN LA SELECCIÓN. Para la selección tendrán mayor prioridad las familias que reúnan más de uno de los criterios de identificación y selección establecidos a continuación:

- a) Familias cuyos jefes estén desempleados o con ingresos inestables e inferiores al 50 % del salario mínimo nacional, y que los demás integrantes de la misma no sean dependientes económicamente de un afiliado al Sistema Dominicano de Seguridad Social;
- b) Las madres solteras cabeza de familia sin empleo o con empleo inestable y que los ingresos producto de los mismos sean inestables e inferiores al 50 % del salario mínimo nacional e insuficiente para cubrir sus necesidades esenciales;

- c) Las personas pobres mayores de 65 años que no sean dependientes de un afiliado titular de otro Régimen o con ingresos inestables e inferiores al 50 % del salario mínimo nacional;
- d) Los discapacitados físicos y/o mentales y/o sensoriales de escasos recursos, no dependientes, sin ningún ingreso o con ingresos inestables e inferiores al 50 % del salario mínimo nacional;
- e) Los hogares pobres con ingresos inestables e inferiores al 50 % del salario mínimo nacional y que presentan enfermos con una atención de alto costo;
- f) Los hogares pobres con familia numerosa, siempre que el jefe de la familia esté desempleado o con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, y que los demás integrantes de la misma, no tengan capacidad de pago;
- g) Las familias pobres con ingresos inestables e inferiores al 50 % del salario mínimo nacional y con niños menores de un año y los menores en circunstancias difíciles.

CAPITULO IV

PRESTACIONES DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

ARTÍCULO 12.- PRESTACIONES. Los beneficiarios del Régimen Subsidiado disfrutarán de las siguientes prestaciones:

- 1) Del Seguro Familiar de Salud
 - 1.1 Plan Básico de Salud
 - 1.2 Estancias Infantiles.
 - 1.3 Prestaciones farmacéuticas ambulatorias gratuitas
- 2) Del Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia:
 - 2.1 Pensión solidaria por vejez y discapacidad, total o parcial;
 - 2.2 Pensión solidaria de Supervivencia.

ARTÍCULO 13. - PRESTACIONES NO INCLUIDAS. El Seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado **no cubre** las siguientes prestaciones:

- a) Subsidio económico por enfermedad.
- b) Subsidio económico por maternidad.
- c) Subsidio económico por lactancia materna

CAPITULO V

DERECHOS Y DEBERES DE LOS BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

ARTÍCULO 14.- DERECHOS. Los beneficiarios del Régimen Subsidiado tienen el derecho a:

- a) Ser afiliado al Régimen Subsidiado por su condición socioeconómica y/o de discapacidad;
- b) Recibir las Prestaciones del Seguro Familiar de Salud que incluye los servicios contenidos en el Plan Básico de Salud y las Estancias Infantiles;
- c) Recibir una Pensión Solidaria por Vejez, Discapacidad o Sobrevivencia;
- d) Conocer las disposiciones legales, administrativas y técnicas que rigen el Sistema Dominicano de Seguridad Social;
- e) Ser atendido de forma integral, con calidad, calidez y oportunidad;
- f) Participar y colaborar en programas de prevención y control de sus propios riesgos, de su familia y la comunidad;
- g) Ser asistidos en todos los servicios que sean necesarios para hacer efectiva su atención individual y/ o familiar.
- h) Ser informado sobre sus derechos y deberes;
- i) Ser asistido en la tramitación y seguimiento de reclamaciones y quejas hasta su solución final;
- j) Recibir asesoramiento por denegación de prestaciones;
- k) Tener información sobre los estudios realizados acerca la calidad y oportunidad de los servicios prestados a los afiliados;
- l) Otro tipo de asistencia que determine el CNSS, no descrita anteriormente pero que se considere conveniente para el afiliado.

ARTÍCULO 15.- PROHIBICIÓN DE SESGOS Y DISCRIMINACIONES. El Seguro Nacional de Salud (SENASA), las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) y la Administradora de Fondos de Pensiones pública, no podrán ejercer discriminación a los beneficiarios del Régimen Subsidiado por razones de sexo, edad, condición social, laboral, territorial, política, religiosa o de ninguna otra índole.

ARTÍCULO 16.- DEBERES DE LOS BENEFICIARIOS. Los afiliados del Régimen Subsidiado están en el deber de:

- a) Utilizar los servicios con criterios de economía y responsabilidad social;
- b) Denunciar cualquier anomalía en perjuicio de los usuarios del sistema o de sus instituciones.
- c) Llevar una vida que propicie la conservación de la salud y la vida;

- d) Participar en los programas preventivos y de promoción de estilos de vida saludables;
- e) Suministrar información cierta, clara y completa sobre su estado de salud y su condición socioeconómica.

ARTÍCULO 17.- ACTIVIDADES A DESARROLLAR POR EL AFILIADO TITULAR. El afiliado beneficiario del subsidio aceptará ser convocado para apoyar a su comunidad, al municipio, o a sí mismo, en las siguientes actividades y modalidades:

1. Actividades para la formación y capacitación en el Control de Riesgos Individual y/o Familiar:

- a. Participar en programas de formación y capacitación en salud;
- b. Participar y colaborar en programas de alfabetización, ya sea para apoyar con docencia o para su propia alfabetización y la de su familia, si es el caso;
- c. Cuando el afiliado tenga riesgos individuales o familiares, se compromete a participar en el programa de control del riesgo de salud tal como: reducción de peso, del consumo de tabaco, de alcohol, del consumo de drogas, programas para el control de los factores de violencia intrafamiliar, abuso, programas de actividad física, entre otros;
- d. Completar su esquema vacunación propio y/o de sus familiares.

2. Actividades de Carácter Colectivo para el Control o Apoyo de:

- a. La limpieza y ornato, mantenimiento básico de la infraestructura física y de equipamiento de los establecimientos públicos de salud;
- b. Colaborar en situaciones de desastre con la Defensa Civil, Ayuntamientos, Cruz Roja o establecimientos de salud;
- c. Participar y colaborar en los programas de la tercera edad, promoción de la salud, programas de vacunación, educación para la salud y otros riesgos a la salud;
- d. Participar y colaborar apoyando en las actividades en las escuelas públicas y a las acciones de salud escolar;
- e. Colaborar en actividades de apoyo en las Estancias Infantiles de su comunidad;
- f. Colaborar con los promotores de salud asignados a su Comité de Salud de la comunidad;
- g. El trabajo con las juntas de vecinos y/o ayuntamiento local para las jornadas de limpieza, limpieza de cañadas, reforestación, ornato y cuidado de lugares públicos;

- h. Participar en el cultivo de huertos comunitarios, hidroponía y cultivos orgánicos;
- i. Colaborar en las obras comunitarias de salud o de carácter social tales como construcción de acueductos locales, mejoramiento de viviendas, letrinización, obras públicas comunitarias y otros programas de lucha contra la pobreza;
- j. Colaborar en programas de apoyo a pacientes en alto riesgo, madres solteras, infantes desnutridos, rehabilitación con base comunitaria, apoyo domiciliario, como promotores en las campañas de donación voluntaria de sangre y vigilancia epidemiológica tanto local como nacional, entre otros programas.

Párrafo: El CNSS propiciará, junto a las entidades dedicadas al desarrollo comunitario, la orientación y educación ciudadana mínima para asegurar la colaboración y participación conciente de los beneficiarios del Régimen Subsidiado en estas actividades.

ARTÍCULO 18.- ACUERDO FAMILIAR SOCIAL. El formulario de certificación incluirá un Acuerdo Familiar Social en el que el beneficiario titular del subsidio, a nombre de sí mismo y sus dependientes si es el caso, declara su disposición de participar y colaborar en programas de prevención y control de sus propios riesgos, de su familia y la comunidad. En el caso de los desempleados, declara además, su compromiso de prestar servicios comunitarios al sector público de salud o a los ayuntamientos, en situaciones de emergencia nacional y/o durante campañas y otros programas especiales, orientados a prevenir enfermedades y discapacidad.

Párrafo 1.- Cada titular beneficiario tendrá una cartilla familiar para el registro del cumplimiento de las actividades comunitarias realizadas. La institución en la cual se desarrolle dicha actividad, será la responsable del registro de la misma.

Párrafo 2.- Todo afiliado deberá validar su estado de beneficiario del Régimen Subsidiado cada dos años, o cuando el Comité de Selección y Certificación de los beneficiarios del subsidio o el Seguro Nacional de Salud lo soliciten, siempre que no sea en un periodo menor a seis (6) meses, para lo cual deberá presentar la Cartilla Familiar conteniendo el registro del cumplimiento de las actividades comunitarias realizadas en el periodo correspondiente. Esta validación podrá ser solicitada en cualquier momento, en caso de que se comprueben las condiciones expresadas en el Artículo 20 del presente Reglamento.

ARTÍCULO 19.- FACTORES LIMITANTES. Para la asignación de las actividades comunitarias a desempeñar por el titular beneficiario indicados en el

artículo 17 del presente Reglamento, se tomará en cuenta su capacidad física, habilidad, destreza propia, tiempo disponible real, horario acordado entre el jefe de hogar y el Comité y las necesidades de la comunidad.

Párrafo 1.- Se procurará en todo momento el desarrollo de la solidaridad y el trabajo en equipo basado en el deber y la responsabilidad ciudadana del afiliado.

Párrafo 2.- En ningún caso podrá obligarse a un afiliado a desarrollar las actividades comunitarias asignadas en condiciones de riesgos laborales que atenten contra su salud o su propia seguridad individual, ni tampoco bajo condiciones de labor forzada. Las actividades comunitarias deberán realizarse en las condiciones y con los medios utilizados habitualmente por la institución beneficiaria del mismo y de acuerdo a las normas de bio-seguridad requeridas para su realización.

Párrafo 3.- El Acuerdo Familiar Social y el registro de afiliación deberán establecer la capacidad física e intelectual del trabajador afiliado y/o de los miembros de su familia y los tipos de actividades que puede realizar para sí mismo, su familia y su comunidad.

CAPITULO VI

TRASPASO DE REGIMENES DE FINANCIAMIENTO

ARTÍCULO 20.- TRASPASO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO A OTROS RÉGIMENES: Los beneficiarios del Régimen Subsidiado deberán pasar a otro régimen de financiamiento por las siguientes razones:

1. Si durante el proceso de evaluación socioeconómica de los afiliados se evidencia mejoría que sobrepase los niveles propios del Régimen Subsidiado;
2. Integración a un trabajo remunerado que obligue a la cotización al Régimen Contributivo;
3. Integración a una ocupación (parcial o total) que le haga beneficiario del Régimen Contributivo Subsidiado;
4. Cuando proporcione información falsa sobre sus ingresos demostrándose que pertenece a otro Régimen;
5. Por mejoría certificada y regular de los ingresos económicos del afiliado que lo califican para pertenecer al régimen de financiamiento Contributivo o Contributivo Subsidiado.
6. Por evidencias externas de mejorías en el ingreso.

ARTÍCULO 21.- TRASPASO DESDE OTROS RÉGIMENES AL RÉGIMEN SUBSIDIADO. Los afiliados a los regímenes Contributivo o Contributivo Subsidiado podrán ser transferidos al Régimen Subsidiado en las siguientes condiciones:

- a) Pérdida de un empleo regular y remunerado;
- b) Pérdida de un trabajo regular por cuenta propia o como trabajador independiente con ingreso superior al salario mínimo nacional;
- c) Exclusión del trabajo productivo, remunerado o por cuenta propia, por razones de discapacidad permanente, total o parcial cuando no tenga derecho a subsidio bajo otro régimen de financiamiento o de los seguros previstos en la Ley 87-01 y sus normas complementarias.

Párrafo 1.- Si una vez concluido el período de conservación temporal del derecho a la atención por finalización de la relación laboral establecido en el Artículo 124 de la Ley 87-01, el afiliado no ha formalizado una vinculación contractual, deberá presentar ante el Comité de Selección y Certificación de su localidad la solicitud de traspaso al Régimen Subsidiado mediante la formalización de su adscripción y la de sus dependientes.

Párrafo 2.- El Consejo Nacional de Seguridad Social definirá con mayor nivel de detalle el procedimiento a seguir para el traspaso desde y hacia el Régimen Subsidiado, mediante normas complementarias.

ARTÍCULO 22.- VIGILANCIA DE LA CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA DE LOS AFILIADOS. Para conocer y actualizar los criterios socioeconómicos para la identificación de los beneficiarios del Régimen Subsidiado, el Consejo Nacional de Seguridad Social, dispondrá periódicamente la realización de los estudios e investigaciones requeridas.

CAPITULO VII

COSTO Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

ARTÍCULO 23. - COSTO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. El monto anual del subsidio gubernamental para cubrir la población del Régimen Subsidiado será determinado multiplicando la población cubierta por el costo per cápita del Seguro Familiar de Salud, y por el monto de las Pensiones Solidarias.

ARTÍCULO 24.- GRADUALIDAD EN LA TRANSICIÓN. Durante el período de transición establecido en el Artículo 33 de la Ley 87-01, las prestaciones correspondientes al Régimen Subsidiado se aplicarán en forma gradual en las demarcaciones territoriales seleccionadas como prioritarias y de acuerdo a los criterios contenidos en el Párrafo 5 del artículo 10 del presente Reglamento.

ARTÍCULO 25. - APORTES EXCLUSIVOS DEL ESTADO. El Régimen Subsidiado será financiado en su totalidad con aportes mensuales del Estado Dominicano, con cargo a la Ley de Presupuesto de Ingresos y Gastos Públicos.

ARTÍCULO 26.- SOLICITUD DEL FINANCIAMIENTO. El Consejo Nacional de la Seguridad Social solicitará al Gobierno Central los recursos necesarios para cubrir los beneficios consignados por la Ley 87-01 para la población subsidiada.

Párrafo.- La Tesorería de la Seguridad Social hará las transferencias financieras al Seguro Nacional de Salud correspondientes al total de la población afiliada al Régimen Subsidiado.

ARTÍCULO 27.- FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. Las aportaciones del Estado Dominicano al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) para el Régimen Subsidiado provendrán de las fuentes contempladas en el artículo 20 de la ley 87-01.

ARTÍCULO 28.- GRADUALIDAD Y PROGRESIVIDAD. El Régimen Subsidiado se implantará en forma gradual y progresiva de acuerdo a la política social del Estado y dentro de los plazos establecidos por la Ley 87-01, la cual establece un período de diez años para lograr la cobertura total de la población dominicana, con la finalidad de que:

- a) El Estado, en forma gradual y progresiva esté en capacidad de garantizar en forma regular el financiamiento efectivo.
- b) Las distintas organizaciones, entre ellas, los Proveedores de Servicios de Salud, las instituciones relacionadas a la aplicación de las Pensiones Solidarias y las Autoridades Nacionales y Municipales se preparen para el cambio basado en un mayor grado de autonomía y descentralización.
- c) Se desarrollen a nivel nacional y local los recursos humanos calificados en gerencia de servicios, administración de riesgos y provisión de servicios orientados a la satisfacción de los beneficiarios.

LIBRO II

SEGURO FAMILIAR DE SALUD

CAPITULO I

COSTO Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO

ARTÍCULO 29.- COSTO DEL SEGURO FAMILIAR DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. El monto anual del subsidio gubernamental para cubrir el Seguro Familiar de Salud de la población del Régimen Subsidiado será determinado multiplicando la población a ser beneficiaria del subsidio, por el costo per cápita del Seguro Familiar de Salud.

ARTÍCULO 30.- FLUJO DE LAS ASIGNACIONES FINANCIERAS. El flujo de las asignaciones financieras destinadas a cubrir el monto del Régimen Subsidiado del Seguro Familiar de Salud, será como sigue:

- El Estado Dominicano incluirá en el Presupuesto General de la Nación, el monto anual correspondiente a la atención a la salud de las personas del Régimen Subsidiado, en base al costo per cápita mensual del Plan Básico de Salud, multiplicado por la población subsidiada correspondiente.
- La Tesorería de la Seguridad Social solicitará a la Oficina Nacional de Presupuesto (ONAPRES) la asignación mensual correspondiente a la población afiliada al Régimen Subsidiado. La ONAPRES transferirá mensualmente a la Tesorería de la Seguridad Social la duodécima parte como aporte gubernamental al Régimen Subsidiado.
- El SENASA facturará a la Tesorería en base a la población subsidiada, por el per cápita del Plan Básico de Salud. La Tesorería de la Seguridad Social (TSS) entregará al Seguro Nacional de Salud (SENASA) la asignación mensual correspondiente.
- El SENASA pagará a las Proveedoras de Servicios de Salud (PSS) locales de acuerdo a los contratos y compromisos de gestión establecidos.

Párrafo 1.- (Transitorio). Mientras el procedimiento descrito anteriormente sea implementado, la Oficina Nacional de Presupuesto (ONAPRES) especializará el monto del presupuesto de la SESPAS correspondiente a la atención a la salud de las personas afiliadas al Régimen Subsidiado y lo transferirá a la Tesorería de la Seguridad Social; la (ONAPRES) transferirá además, el aporte gubernamental adicional para cubrir el monto total del per cápita del Plan Básico de Salud de la población afiliada al Régimen Subsidiado.

Párrafo 2.- (Transitorio). La asignación de recursos de la SESPAS a las PPRSS se realizará en función de los requerimientos para el cumplimiento de las metas intermedias establecidas en el proceso de separación de funciones y la descentralización.

Párrafo 3.- Durante el periodo de transición señalado en el Artículo 33 de la Ley 87-01, el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), conjuntamente con la SISALRIL, evaluará periódicamente el avance del proceso de separación de funciones y descentralización, en los términos y metas establecidos.

Párrafo 4.- Mientras se complete la afiliación de toda la población subsidiada u otra, las Prestadoras de Servicios de Salud públicas deberán ofrecer los servicios en las modalidades prevaletentes a la población aún no afiliada. No podrán ser rechazadas aquellas personas de escasos recursos aún no afiliadas.

Párrafo 5.- Ningún Proveedor de Servicios de Salud (PSS) podrá cobrar "cuotas de recuperación", ni ninguna otra modalidad de copago o cuota moderadora a los beneficiarios del Régimen Subsidiado. Cualquier violación en este sentido deberá ser denunciada y sancionada por el Seguro Nacional de Salud (SENASA), o en su defecto, por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)."

CAPITULO II

ASEGURAMIENTO Y PROVISIÓN

ARTÍCULO 31. - ADMINISTRACIÓN NACIONAL DEL RIESGO DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. El Seguro Nacional de Salud (SENASA) es la Administradora de Riesgos de Salud (ARS) pública responsable del aseguramiento del Régimen Subsidiado. En tal sentido, es la entidad encargada de garantizar la entrega de los servicios del Plan Básico de Salud (PBS) a los beneficiarios, con calidad, oportunidad y satisfacción. En tal virtud, es responsable de:

- Promover y garantizar la racionalización de los costos de los servicios en su Red de Proveedores, logrando niveles adecuados de productividad y eficiencia dentro del límite del per cápita establecido.
- Coordinar a los proveedores públicos de servicios de salud articulándolos en red, de acuerdo a las características y condiciones señaladas en el Artículo 156 de la Ley 87-01.
- Contratar y pagar en forma regular a las Proveedoras de Servicios de Salud (PSS) Públicas, Privadas y las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs).

- d) Suscribir, monitorear y evaluar convenios o contratos de gestión que vinculen el pago a proveedores con la producción de servicios y las metas institucionales.
- e) Desarrollar un modelo de administración del riesgo y de atención a los beneficiarios que integre y ajuste la entrega del PBS a los perfiles epidemiológicos y riesgos particulares de la población afiliada.

Párrafo. El Seguro Nacional de Salud contratará a una Red de Proveedores de Servicios de Salud (PSS) y a las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), debidamente habilitadas como prestadoras por la SESPAS, a nivel nacional y local, incluyendo al Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) para ampliar y diversificar la oferta de servicios a los beneficiarios de los Regímenes Subsidiado y Contributivo Subsidiado.

ARTÍCULO 32.- ADMINISTRACIÓN LOCAL DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. La administración del riesgo de salud del Régimen Subsidiado será realizada por el Seguro Nacional de Salud (SENASA) a través de estructuras técnicas regionales o locales, o bien, a través de Administradoras de Riesgos de Salud locales, cuando existan, y estén debidamente acreditadas por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.

ARTÍCULO 33.- FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES LOCALES. Para fortalecer la administración local del Régimen Subsidiado, corresponde a las Provincias, Municipios y Distritos Municipales, cumplir las siguientes funciones a través de representaciones legítimas y expeditas:

- a) Apoyar, difundir y complementar la acción de la seguridad social al nivel de su ámbito de influencia con el fin de que se garantice su funcionamiento adecuado y el logro de sus objetivos;
- b) Apoyar y/o facilitar la identificación, priorización y afiliación real al Régimen Subsidiado en el área de influencia, teniendo acceso a la información de la base de datos disponible en la Tesorería de la Seguridad Social.
- c) Promover la colaboración mutua de los municipios y los distritos municipales en la gestión y administración de los riesgos comunes de la salud sin exceder los límites de la propia competencia y en procura de fortalecer la autonomía local, teniendo en cuenta la concertación y la coordinación de competencias y actuaciones.
- d) Contribuir a que las personas de escasos recursos no queden excluidos del Régimen Subsidiado y sus beneficios, sin discriminación, así como que su selección esté precedida de participación, equilibrio y transparencia.
- e) Velar porque exista equidad en el acceso geográfico, económico y cultural, así como en la atención de necesidades prioritarias de los usuarios en el momento oportuno y con los mejores recursos disponibles.
- f) Dar prioridad en los demás programas sociales complementarios a la población subsidiada a fin de ampliar sus oportunidades de progreso y superación de su condición social de pobreza.

- g) Apoyar la formación de personal especializado en trabajo social, para la determinación de los niveles socioeconómicos.

ARTÍCULO 34.- INSTANCIAS Y ACCESO A LAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. Los beneficiarios del Régimen Subsidiado en Salud recibirán los servicios:

- a) En el primer nivel de atención contratado por el SENASA al que esté inscrito el beneficiario con disfrute de una atención primaria integral, educativa, preventiva, curativa y de rehabilitación general.
- b) En los niveles especializados y de mayor complejidad de carácter ambulatorio, hospitalario y quirúrgico mediante un sistema de referencia y contrarreferencia definido por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS).
- c) En casos de emergencia, en la Proveedora de Servicio de Salud (PSS) Pública más cercana y en caso de gravedad en cualquier PSS privada habilitada por la SESPAS, con cargo al SENASA.

Párrafo.- En los contratos entre el SENASA y la red local de salud deberán establecerse claramente las Prestadoras de Servicios de Salud alternativas o de referencia a las cuales podrá acudir el beneficiario para recibir los servicios incluidos en el Plan Básico de Salud (PBS).

ARTÍCULO 35.- REPRESENTANTES EN LOS CONSEJOS DE ADMINISTRACIÓN DE LA RED LOCAL. Los Consejos de Administración de la Red Pública local de salud que establece el Art. 167, literal f, de la Ley 87-01, estarán integrados de la siguiente manera:

- a) El Gerente de la Proveedora Regional
- b) Un representante Provincial de la SESPAS
- c) Un representante Provincial del IDSS
- d) Un representante de las Organizaciones Profesionales
- e) Un representante de las Organizaciones de Personas con Discapacidad
- f) Un representante de Organizaciones Campesinas
- g) Un representante de las Juntas de Vecinos
- h) Un representante de las Asociaciones de Micro empresas
- i) Un representante de la Autoridad Provincial
- j) Un representante del ayuntamiento del municipio elegido por la sala capitular
- k) Un representante de las iglesias

Párrafo 1.- El período de vigencia de los representantes ante los Consejos de Administración de la Red Local será de dos años y podrán ser reelegidos en periodos alternos.

Párrafo 2.- Los municipios representados en el Consejo de Administración deberán ser rotados para favorecer la participación y representatividad de la población que integra la provincia, independientemente del número de afiliados al Régimen Subsidiado que tenga cada municipio.

Párrafo 3.- Los representantes de los diversos sectores, deberán ser elegidos por sus respectivas instituciones a través de una asamblea bianual o por otro mecanismo de votación validado por la DIDA para garantizar una adecuada representación poblacional.

ARTÍCULO 36.- CONTRATOS CON LAS ONGs. El Seguro Nacional de Salud (SENASA) establecerá contratos o convenios de gestión con los Patronatos y Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) del área de salud, que estén debidamente habilitadas por la SESPAS como prestadoras de servicios, que reciben subsidios regulares del Estado Dominicano, y que formen parte de los servicios incluidos en el catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud, con cargo a las partidas correspondientes a la atención a la salud de las personas.

Párrafo 1 (Transitorio).- Durante el año 2003 estos montos seguirán siendo asignados desde la SESPAS y serán acreditados como un prepago por la compra de servicios de salud incluidos en el Plan Básico de Salud y contenidos en los Contratos o Convenios de Gestión, los cuales estarán orientados al servicio de los beneficiarios del Régimen Subsidiado.

Párrafo 2.- Los servicios a los afiliados del SENASA que excedan el subsidio recibido, serán pagados por este siempre y cuando se encuentren dentro de los convenios vigentes, como parte de los servicios del Plan Básico de Salud. Estos acuerdos podrán incluir la entrega a los afiliados del SENASA de medicamentos y prótesis que estén incluidos en el Plan Básico de Salud a los precios establecidos.

Párrafo 3.- En caso de que los servicios brindados por los Patronatos y Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) contratadas por el SENASA se encuentren por debajo de lo estipulado en el convenio de gestión anual, el monto correspondiente por concepto de esos servicios serán acreditados al SENASA para ser prestados en el período siguiente.

LIBRO III

SEGURO DE VEJEZ, DISCAPACIDAD Y SOBREVIVENCIA

CAPITULO I

BENEFICIARIOS Y BENEFICIOS

ARTÍCULO 37.- BENEFICIARIOS. Tienen derecho a ser beneficiarios de una pensión solidaria:

- Las personas con una discapacidad física, mental y/o sensorial, que de manera severa le limite o impida realizar un trabajo productivo, siempre que no dependa de otra persona afiliada o no al SDSS y que no perciba otra pensión sea de carácter contributivo o no contributivo.
- Las personas mayores de sesenta (60) años de edad cuyos ingresos sean inferiores al cincuenta por ciento (50%) del salario mínimo nacional, siempre que el ingreso promedio de su familia sea inferior a ese porcentaje.
- Las madres solteras desempleadas con hijos solteros menores de edad que estén realizando estudios regulares y que tengan ingresos inferiores al cincuenta por ciento (50%) del salario mínimo nacional.

Párrafo 1.- Para los fines de asignación de una Pensión Solidaria se considerará como parte del núcleo familiar, a todas aquellas personas que unidas o no por vínculos de parentesco hayan convivido bajo el mismo techo durante los últimos tres (3) años.

Párrafo 2.- Los beneficiarios de una pensión solidaria podrán realizar trabajos remunerados ocasionales, siempre que los ingresos provenientes por ese concepto no excedan el monto del cincuenta por ciento (50%) del salario mínimo nacional.

ARTÍCULO 38.- BENEFICIOS. El Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia del Régimen Subsidiado otorgará los siguientes beneficios:

- Una pensión solidaria en caso de vejez y discapacidad, total o parcial.
- Una pensión solidaria de Supervivencia.
- Servicios sociales para pensionados y jubilados de acuerdo a los artículos 78 y 79 de la Ley 87-01.

Párrafo.- De conformidad con la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) estos servicios serán ofrecidos en forma gradual y

progresiva hasta alcanzar el universo poblacional en una década y tomando en cuenta los criterios de priorización establecidos en el Párrafo 5 del Artículo 10 del presente Reglamento.

ARTÍCULO 39.- PENSIÓN DE SOBREVIVIENTES. En caso de fallecimiento del pensionado titular, serán beneficiarios de la pensión solidaria:

- a) El o la cónyuge sobreviviente o compañero/a de vida del pensionado/a solidario/a, siempre que no tenga impedimento legal para contraer matrimonio y que lo haya declarado como tal.
- b) Los hijos legítimos, naturales o adoptivos, siempre que sean menores de 21 años, solteros, que realicen estudios regulares y que califiquen para el Régimen Subsidiado.
- c) Los hijos discapacitados, conforme evaluación de la Comisión de Discapacidad, no importa la edad y siempre que dependan del pensionado solidario fallecido.

Párrafo.- La Pensión de Supervivencia se pierde conforme a lo establecido en el Párrafo único del Artículo 66 de la ley 87-01, y por muerte del beneficiario.

ARTÍCULO 40.- SERVICIOS SOCIALES PARA LOS ADULTOS MAYORES. El Estado Dominicano fortalecerá el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente, para desarrollar servicios especiales orientados a valorizar el aporte de la población mayor de edad, al desarrollo de su capacidad y experiencia, a propiciar su actualización y entretenimiento, así como al disfrute de los años de retiro.

Párrafo. El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) gestionará ante el Estado Dominicano la ejecución gradual de servicios sociales a fin de que los jubilados y pensionados del Régimen Subsidiado tengan acceso a las siguientes prestaciones sociales y consideraciones especiales:

- a) Programas de orientación, adaptación y educación a través de los medios de comunicación social;
- b) Terapia ocupacional de los envejecientes;
- c) Hogares para envejecientes;
- d) Clubes sociales y recreativos para la tercera edad;
- e) Tarifas especiales en actividades recreativas, educativas, deportivas y culturales;
- f) Tarifas especiales en el transporte público y en actividades turísticas;
- g) Precios especiales en la compra de libros, revistas y útiles educativos, ropa y enseres domésticos, entre otros
- h) Tratamiento especial en las actividades públicas y privadas;
- i) Otros servicios sociales que contribuyan a la salud física y mental de los mayores de edad.

CAPITULO II

SOLICITUD, ASIGNACIÓN Y CONCESIÓN DE PENSIONES SOLIDARIAS

ARTÍCULO 41.- GRADUALIDAD DE LA ASIGNACIÓN. La asignación y concesión de pensiones solidarias serán aplicadas de manera gradual durante el periodo de transición hasta cubrir la totalidad de la población beneficiada, en base a los estudios socio económicos y al índice de pobreza, a que se refieren los artículos 7, Párrafo 3 y el artículo 8 de la Ley 87-01.

ARTÍCULO 42.- SOLICITUD DE LAS PENSIONES SOLIDARIAS. Las Pensiones Solidarias serán solicitadas por el Comité de Selección y Certificación del Municipio donde reside el interesado y/o identificado mediante el estudio socio económico realizado.

ARTÍCULO 43.- DERECHO A IMPUGNAR. Los ciudadanos del Municipio tienen derecho a impugnar ante el Comité de selección y Certificación, el otorgamiento de una pensión solidaria en caso de entender que el beneficiado no llena los requisitos establecidos por la Ley 87-01. En caso de no quedar satisfecho podrá acogerse a lo que dispone el párrafo 10 del Artículo 9 del presente Reglamento.

ARTÍCULO 44.- CRITERIOS PARA LA CONCESIÓN. Para la asignación de una pensión solidaria el Consejo Nacional de Seguridad Social deberá tomar en cuenta los niveles de pobreza de la persona a ser beneficiada, del Municipio en que reside esa persona y de la cantidad de beneficiarios del Régimen Subsidiado que tiene dicho Municipio. Las pensiones solidarias serán asignadas con criterio de transparencia, equidad, justicia social y equilibrio geográfico.

ARTÍCULO 45.- CONCESIÓN DE LA PENSIÓN SOLIDARIA. La decisión final del otorgamiento de una pensión solidaria es potestad del Consejo Nacional de Seguridad Social.

ARTÍCULO 46.- EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA. Los candidatos a pensión solidaria serán sometidos a una evaluación socio-económica a fin de determinar su calificación en los términos establecidos por la ley 87-01 y de acuerdo a los criterios establecidos en el presente Reglamento.

ARTÍCULO 47.- EVALUACIÓN BIANUAL DE LOS BENEFICIARIOS. Todo beneficiario de una pensión solidaria será evaluado por el Comité de

Selección y Certificación por lo menos cada dos (2) años a fin de verificar si se mantienen las condiciones que lo hicieron merecedor de dicha pensión. Los criterios, formas y reglas para la evaluación, se establecerán mediante normas complementarias.

ARTÍCULO 48. INCOMPATIBILIDAD. Las pensiones solidarias son incompatibles con cualquier otro tipo de pensión y cesarán al fallecer el titular y su cónyuge, o cuando este haya superado las condiciones que lo hicieron merecedor de la misma, o en caso de que se dedicara a las actividades prohibidas en el Párrafo II del artículo 63 de la ley 87-01.

CAPITULO III

MONTO Y FINANCIAMIENTO DE LA PENSIONES SOLIDARIAS

ARTÍCULO 49. MONTO DE LAS PENSIONES SOLIDARIAS. Todos los beneficiarios recibirán una pensión solidaria mensual equivalente al sesenta por ciento (60%) del salario mínimo público, incluyendo un pago extra similar en navidad.

ARTÍCULO 50. FUENTES DE FINANCIAMIENTO. Las pensiones solidarias serán financiadas conforme a las fuentes establecidas en el artículo 20 de la ley 87-01 y 24 del presente Reglamento. Los montos para su financiamiento serán consignados en la Ley de Presupuesto de Ingresos y Gastos Públicos de cada año.

ARTÍCULO 51. DISTRIBUCIÓN DE LAS PENSIONES. La distribución de las pensiones solidarias será realizada mensualmente conforme lo establecido en el Artículo 70 de la Ley 87-01, y siguiendo los procedimientos que dicten las normas que al efecto elabore la Superintendencia de Pensiones, la cual llevará un monitoreo de dicho proceso e informará regularmente al Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

Párrafo.- Mensualmente la Secretaría de Estado de Finanzas entregará a los Consejos de Desarrollo Provinciales o sus equivalentes funcionales o territoriales, los cheques de las pensiones solidarias correspondientes a su jurisdicción, los cuales los distribuirán entre sus municipios, siguiendo los procedimientos que para tales fines se describen en el presente Reglamento y las normas complementarias.

LIBRO IV INFRACCIONES Y SANCIONES

ARTÍCULO 52.- INFRACCIONES Y SANCIONES. Cualquier incumplimiento por acción u omisión de las obligaciones establecidas por la ley 87-01 y sus normas complementarias, será considerado como una infracción de acuerdo al Artículo 180 de la ley 87-01.

Párrafo.- Por cualquiera de estas transgresiones las Superintendencias de Salud y Riesgos Laborales y de Pensiones, podrán sancionar a los beneficiarios de acuerdo a la falta cometida.

ARTÍCULO 53.- INFRACTORES E INFRACCIONES. Se considerarán infractores e infracciones:

- a. Toda persona física o moral que altere los documentos o incurra en falsedades en sus declaraciones sobre su situación socioeconómica para subestimar los ingresos de la familia;
- b. Toda persona física o moral que altere las credenciales otorgados por el CNSS con el objeto de inducir prestaciones indebidas;
- c. El afiliado beneficiario del subsidio que incumpla con el Acuerdo Familiar Social;
- d. Toda persona que suministre informaciones falsas o incompletas sobre los dependientes que originen o pudieran originar el otorgamiento indebido de servicios;
- e. Toda persona que suministre informaciones falsas o incompletas sobre los dependientes que originen o pudieran originar el otorgamiento indebido de prestaciones económicas;
- f. Los beneficiarios/as de una pensión solidaria que soliciten ayuda en las vías públicas, o realicen actividades contrarias a la moral y las buenas costumbres;
- g. El SENASA y las PSS que retraten en forma injustificada las prestaciones establecidas por la Ley 87-01 y sus normas complementarias a uno o varios de sus beneficiarios, según las sanciones establecidas en el artículo 181;
- h. El SENASA y las PSS que no reporten a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales las informaciones que establece la Ley 87-01 y sus normas complementarias en los plazos y condiciones establecidas por los Reglamentos;
- i. El SENASA cuando retrase el pago a los Proveedores de Servicios de Salud a pesar de haber recibido el pago a tiempo de la Tesorería de la Seguridad Social;
- j. El SENASA y/o la PSS que discrimine a cualquier afiliado por razones de edad, sexo, condición social o cualquiera otra característica que lesione

su condición humana de acuerdo a la Constitución de la República, a la Ley 87-01 y sus normas complementarias;

- k. El SENASA y/o la PSS que deje de pagar o se retrase en el pago de los honorarios profesionales dentro de los plazos y los procedimientos establecidos por la presente ley y sus normas complementarias;
- l. La PSS que resultare autor o cómplice de diagnósticos y procedimientos clínicos y/o quirúrgicos falsos, o que origine o que pudiese originar prestaciones económicas indebidas;
- m. Los miembros del Comité de Selección y Certificación de los beneficiarios del subsidio que hubieren tomado decisiones contrarias a la Ley 87-01 y/o al presente Reglamento, que lesionen el derecho y capacidad financiera de los beneficiarios, serán solidariamente responsables de sus acciones, pudiendo ser sancionados según la gravedad de la falta.

ARTÍCULO 54.- SANCIONES Y DESTINO DE LAS MULTAS. Según el artículo 182 de la ley 87-01, el SENASA cuando incurra en cualquiera de las infracciones señaladas en la ley 87-01 y sus normas complementarias deberá pagar una multa no menor de cincuenta (50) veces, ni mayor de doscientas (200) veces el salario promedio mínimo nacional.

Párrafo 1. - La reincidencia y reiteración de una infracción serán considerados como agravantes, en cuyo caso la sanción será un cincuenta por ciento (50%) mayor. Los responsables de las infracciones graves podrán ser objetos de degradación cívica y de prisión correccional de treinta (30) días a un (1) año. Los infractores serán sancionados de acuerdo a la falta.

Párrafo 2. - La infracción de los literales a, b, c, d y e del Artículo 52 del presente Reglamento, será sancionada con la devolución de los recursos obtenidos y el sometimiento a la justicia con cargos de estafa contra el Estado. En el caso que corresponda, se transferirá al afiliado infractor al Régimen que le corresponda según su nivel de ingreso.

Párrafo 3. - Ante la infracción del literal e y f, del Artículo 52 del presente Reglamento, el Comité de Selección y Certificación podrá solicitar al organismo provincial que distribuye las pensiones solidarias, la retención de las mismas hasta tanto el afiliado cumpla. En ningún momento podrá este organismo disponer de dichos fondos, por lo que una vez el afiliado haya cumplido, las pensiones solidarias serán entregadas en su totalidad al beneficiario. Este mecanismo será activado cuantas veces incumpla el afiliado.

Párrafo 4. - Serán objeto de sanciones por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social, los miembros del Comité de Selección y Certificación de los beneficiarios del subsidio que no apliquen correctamente el presente Reglamento

Párrafo 5. - Para las infracciones de los literales f, g, h, i, j, k, el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) establecerá la gravedad de cada infracción, así como el monto de cada penalidad dentro de los límites previstos en el artículo 182 de la ley 87-01.

Párrafo 6. - En caso de que una PSS infligiere cualquiera de los literales citados en el artículo 52 del presente Reglamento y no se produjera la conciliación prevista según el artículo 178 de la ley 87-01, la PSS deberá pagar una multa no menor de 50 veces ni mayor de 200 veces el salario promedio mínimo nacional, una vez que esta falta sea establecida por un tribunal de derecho común.

Párrafo 7. - Cuando el Seguro Nacional de Salud (SENASA), no realice el pago correspondiente a un profesional y/ o a una PSS en la forma prevista en el artículo 171 de la ley 87-01, deberá pagar un cinco por ciento (5%) de recargo por mes o fracción, acumulativo, en beneficio de la PSS afectada.

Párrafo 8. - El Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) establecerá la gravedad de cada infracción, así como el monto de cada penalidad dentro de los límites previstos en el artículo 182 de la Ley 87-01.

ARTÍCULO 55.- COMPETENCIA PARA IMPONER SANCIONES: La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales y la Superintendencia de Pensiones, tendrán plena competencia para determinar las infracciones e imponer las sanciones de acuerdo al presente Reglamento y al Artículo 183 de la Ley 87-01 que le respalda.

ARTÍCULO 56.- DERECHO A APELACIÓN. El Seguro Nacional de Salud (SENASA), las Prestadoras de Servicios de Salud y la Administradora de Fondos de Pensiones pública, tendrán derecho a apelar ante el CNSS las decisiones de sanciones y multas impuestas por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales y la Superintendencia de Pensiones respectivamente, sin que ello implique en ningún caso la suspensión de las mismas.

ARTÍCULO 57.- NORMAS COMPLEMENTARIAS. Las Superintendencias podrán establecer mediante normas complementarias, en las respectivas áreas de su incumbencia, procedimientos y mecanismos supletorios o adicionales a los previstos en el presente Reglamento que garanticen los derechos de los afiliados de este Régimen, de conformidad con las disposiciones de la Ley 87-01.

ARTÍCULO 58.- VIGENCIA. El presente Reglamento rige tres (3) días después de su promulgación mediante decreto del Poder Ejecutivo.

DADO en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los seis (06) días del mes de junio del año dos mil tres (2003); años 160 de la Independencia y 140 de la Restauración.

ING. AGROM. HIPOLITO MEJIA