



SISALRIL

GUÍA DE ESTUDIO

PROMOTOR DE SALUD Y REPRESENTANTE DE TRAPASO

PUBLICACIÓN OFICIAL

SANTO DOMINGO, DISTRITO NACIONAL, REP. DOM.

AÑO 2023

GLOSARIO DE TERMINOS

ARS: Administradora de Riesgos en Salud

CERSS: Comisión Ejecutiva de Reforma del Sector Salud

CNS: Consejo Nacional de Salud

CNSS: Consejo Nacional de Seguridad Social

DIDA: Dirección General de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social

IDOPPRIL: Instituto Dominicano de Prevención y Protección de Riesgos Laborales

MISPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

PSS: Proveedora de Servicios de Salud

SDSS: Sistema Dominicano de Seguridad Social

SeNaSa: Asegurador Público Seguro Nacional de Salud

SFS: Seguro Familiar de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social

SISALRIL: Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales

TSS: Tesorería de las Seguridad Social

PBS: Plan Básico de Salud

PAS: Plan Alternativo de Salud

PDSS: Prestadora del Plan de Servicio de Salud

HISTORIA DEL SEGURO DE SALUD

Por naturaleza el hombre busca protección y proteger a sus seres queridos y sus pertenencias como prioridad. En un segundo nivel, busca proteger los intereses comunes a la sociedad en que se encuentra. Siendo este principio de fraternidad de apoyo mutuo, lo que constituye uno de los primeros vestigios que dan origen al Seguro, como medida de protección ante los riesgos sociales y naturales que atentaban contra sus vidas.

Por lo tanto, la historia del seguro se remonta hasta las antiguas civilizaciones griegas y romanas, aunque algunos sugieren que fueron los babilonios e hindúes quienes efectuaban contratos a la gruesa financiando pérdidas. Siendo una acción común, en caso de muerte, coleccionar y distribuir fondos entre los miembros de las comunidades para solventar los gastos de los implementos para llevar a cabo los rituales de sepultura, velación o incineración, según la situación y nivel del difunto.

De esta forma, se dieron cuenta que en grupos era más sencillo hacerles frente a diversas situaciones complicadas por naturaleza, como lo eran: encontrar el alimento, combatir animales, hacer frente a las enfermedades o a los accidentes. Por ejemplo, se tenía estipulado que cuando un hombre moría, otro adoptaba a la familia que quedaba desamparada y adquiría la responsabilidad total para protegerla y encargarse de ella. Siendo esto la noción más primitiva de la protección y seguridad pública como obligación de palabra o estipulada por la ley del lugar.

Esta noción primitiva de protección y seguridad pública, da origen a lo que se llamó “riesgo compartido”, y una vez que la unión y solidaridad entre varios individuos, demostró que trabajando juntos, se pueden eliminar elementos de riesgo e incertidumbre, dio como resultado acciones positivas y se convirtió en una de las fuerzas más grandes que mueve al mundo.

Organizarse en grupos para la protección hizo que se obtuvieran beneficios comunes recurriendo a prácticas solidarias, llegando esto a ser lo que constituyó el comienzo de nuestro actual sistema de seguros. Lo que ha llevado a esta industria a que en la actualidad existan en Estados Unidos de América más de 2,500 compañías que proporcionen seguros de vida y de salud.

Como todo negocio, las empresas de seguros de salud, han tenido que pasar por un desarrollo, un crecimiento, puntos críticos, problemas financieros, reestructuraciones, quiebres, fraudes, crecimiento y consolidación. Durante

todos estos años se han ido consolidando todos los servicios que ofrece una compañía de seguros de salud y ahora son tan sólidos los principios sobre los cuales están basados, tan eficiente su administración y tan fuerte el apoyo en el tema de la salud, que han podido llegar al día de hoy con grandes cimientos y fuerte estructura organizacional para poder atender a todos los asegurados.

En la actualidad son tan fuertes los fundamentos de las Instituciones que otorgan los servicios de seguros de salud, que las compañías más pequeñas, están firmes y sólidamente respaldadas para brindar los servicios con la mejor calidad y respondiendo en tiempo a las urgencias médicas.

Evolución de los Seguros de Salud en República Dominicana.

El sector salud en la República Dominicana ha experimentado en los últimos tiempos enormes transformaciones tanto en el orden económico como en el social, y esto como resultado de políticas aplicadas dentro del marco de la globalización que nos afecta a todos.

En el sector salud, los cambios se han producido con las Promulgaciones de las Leyes 42-01 (Ley General de Salud) y la 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. Con estas leyes el Estado tiene todas las prerrogativas para hacer efectivo el derecho a la salud y con dichas normativas se establecen los fundamentos para el desarrollo de un sistema de protección social con cobertura universal, promoviendo una relación entre el Estado con sus aportes, los empleadores y los trabajadores.

A pesar de que las estadísticas indicaban que la República Dominicana ocupaba un lugar de liderazgo en América Latina por el crecimiento económico que presentaba en los inicios de este siglo XXI, dicho crecimiento no se ha correspondido en lo absoluto con el desarrollo humano y social del país.

El Sistema Nacional de Salud, de acuerdo al artículo 6 de la Ley 42-01 es el "Conjunto interrelacionado de elementos, mecanismos de integración, formas de financiamientos, provisión de servicios, recursos humanos y modelos de administración de las instituciones públicas y privadas, gubernamentales y no gubernamentales, legalmente constituidas y reglamentadas por el Estado, así como los movimientos de la comunicad y las persona físicas o morales que realizan acciones de salud"

Es necesario establecer una serie de prioridades y de estrategias a los fines de reglamentar de forma adecuada el sistema de salud en la República Dominicana, donde todos los actores del sistema se encuentren comprometidos con la obtención de un sistema sanitario de calidad, donde todos podamos recibirlos de forma oportuna y digna.

HISTORIA DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES

Antecedentes

Previo a la Promulgación de la Ley 87-01, mediante la cual se creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social, existía el Instituto Dominicano de Seguros Sociales, que ofrecía protección a una pequeña proporción de los trabajadores formales (11%) con un catálogo limitado de prestaciones y los seguros privados, llamadas Iguales Médicas, que eran contratadas por las empresas tanto públicas como privadas o por personas con capacidad de compra. Ambas modalidades de aseguramiento, tenían un alcance muy limitado en la protección de los asegurados, alrededor del 20% de la población.

Durante los años 90, del pasado siglo, paulatinamente se fueron dando los pasos para la reforma del sector salud, proceso que contó con la participación de los diferentes sectores nacionales, gobierno, empleador, laboral, organizaciones de la sociedad civil, los cuales en los últimos años de dicha década interactuaron alrededor de la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS), creada en 1997.

Producto de ese esfuerzo colectivo, el 9 de mayo del año 2001 fue promulgada la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (poco antes fue promulgada la Ley General de Salud (42-01) y simultáneamente, quedó fundada la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL); la cual, en nombre y representación del Estado Dominicano, ha de velar por el estricto cumplimiento de dicha Ley y sus normas complementarias, de proteger los intereses de los afiliados, vigilar la solvencia financiera del Seguro Nacional de Salud y de las Administradoras de Riesgos Laborales, entre otras funciones.

Los primeros pasos.

El primer Superintendente fue el Dr. Bernardo Defilló, designado el 11 de diciembre de 2001 por el Poder Ejecutivo, mediante el Decreto N° 1165-01.

La SISALRIL fue oficialmente instalada a partir de la juramentación de su primer Superintendente, el día 13 de diciembre del año 2001.

El 17 de enero de 2002, el equipo fundacional de la SISALRIL presenta ante el Consejo Nacional de la Seguridad Social las metas y perfiles generales de su plan de trabajo para el bienio 2002-2004, y semanas más tarde, su Plan Operativo Anual. En esos primeros pasos, la institución contó con asesoría de expertos en Seguridad de Colombia, Argentina, México, Costa Rica y España, así como técnicos dominicanos.

La SISALRIL realizó el trabajo de supervisión y fiscalización del proceso de habilitación de las Administradoras de Riesgos de Salud del sector privado, dando como resultado la habilitación 73 ARS, las cuales fueron autorizadas ejercer su rol en el sistema, una parte de ellas temporalmente y otras con habilitación definitiva.

El primer Catálogo de Prestaciones del Plan Básico de Salud fue aprobado en la Sesión Extraordinaria del Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) de fecha 30 de octubre del año 2002, mediante Resolución No.51-06, la cual establece lo siguiente: *“Se aprueba el Catálogo de Prestaciones del Plan Básico de Salud sometido por la SISALRIL, con un costo de RD\$2,176.10 por persona por año, versión 1.4...”*

En este período inicial, la SISALRIL destaca por su extraordinario avance tecnológico desarrollado en sus primeros años de existencia y fortalecido con la construcción de un Sistema de Información y Monitoreo Nacional (SIMON), creado por los propios técnicos y especialistas de esta institución, con apoyo de la Cooperación Española.

El SIMON ha sido una base tecnológica fundamental para la realización de las actividades de supervisión, control y fiscalización de las Administradoras de Riesgos de Salud y de otros procesos que tienen que ver con el intercambio de información con los entes relacionados.

Paralelamente, fueron fortalecidos los procesos institucionales de supervisión control sobre el Régimen Subsidiado y el Seguro de Riesgos Laborales.

En el 2007, iniciamos un nuevo modelo de monitoreo y control del Régimen Subsidiado, con mayor formalidad, continuidad y precisión, creándose la Dirección de Aseguramiento para el Régimen Subsidiado. Con respecto al Seguro de Riesgos Laborales, podemos citar como un logro importante, la aprobación por

parte del Consejo Nacional de la Seguridad Social de la propuesta de una normativa sobre accidentes en trayecto elevada a ese organismo por la SISALRIL

En este mismo 2007 se abre oficialmente Oficina de Acceso a la Información, con la designación de un Responsable de Acceso a la Información y se destina un espacio físico debidamente equipado para su funcionamiento, cumpliendo así con todos los requisitos establecidos en la Ley 200-04 sobre libre acceso a la información.

Introducción a la Ley 87-01 del 9 de mayo del 2001 sobre Seguridad Social.

En el año 2001 se produce un hecho de extraordinaria significación para la sociedad dominicana que marcó un antes y un después, al promulgarse la ley 87-01 del 9 de mayo del 2001 que creó un sistema de protección social público, a fin de otorgar los derechos constitucionales a la población y regular y desarrollar los deberes y derechos recíprocos del Estado y los ciudadanos en lo referente al financiamiento para la protección de la población contra los riesgos de vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, sobrevivencia, enfermedad, maternidad, infancia y riesgos laborales.

El fundamento de dicho sistema se consigna en los siguientes considerandos de la ley, de por sí explicativos:

- I. Considerando: Que el artículo 8 de la Constitución de la República establece que “el Estado estimulará el desarrollo progresivo de la seguridad social, de manera que toda persona llegue a gozar de adecuada protección contra la ocupación, la enfermedad, la incapacidad y la vejez”.*
- II. Considerando: Que las transformaciones económicas, sociales y políticas de las últimas décadas demandan la creación de un sistema dominicano de seguridad social que contribuya, en forma efectiva, al mejoramiento de la calidad de vida, a la reducción de la pobreza y las desigualdades sociales; a la protección de los desamparados y discapacitados, así como a elevar la capacidad de ahorro nacional e individual y a la sostenibilidad del desarrollo económico y social.*
- III. Considerando: Que el diálogo tripartido logró notables avances y durante la celebración de las vistas públicas en el Distrito Nacional, en todas las provincias del país y en la ciudad de Nueva York, se hicieron importantes aportes sobre la situación real y las expectativas de sectores sociales tradicionalmente postergados, formulando propuestas que han enriquecido la direccionalidad y el contenido del nuevo sistema de seguridad social.*
- IV. Considerando: Que es impostergable dotar al país de un sistema de protección de carácter público y contenido social, obligatorio, solidario, plural, integrado, funcional y sostenible, que ofrezca opciones a la población, que reafirme sus prerrogativas constitucionales, tanto colectivas como individuales, y al mismo tiempo*

que reconozca, articule, normalice y supervise las diversas instituciones públicas y entidades privadas del sector, eliminando las exclusiones, duplicidades, distorsiones y discriminaciones.

- V. *Considerando: Que existe un consenso nacional de que el mejor sistema de seguridad social es aquel que garantice la mayor protección colectiva, familiar y personal a toda la población, sin excepción, que asegure su gradualidad, sostenibilidad, funcionalidad y el necesario equilibrio financiero; que alcance niveles socialmente aceptables de calidad, satisfacción, oportunidad e impacto de los servicios, estimulado la elevación de la eficiencia y eficacia mediante el óptimo aprovechamiento de los recursos, bajo esquemas de competencia regulada, que le permitan al Estado preservar su carácter público y su función social.*
- VI. *Considerando: Que la Seguridad Social es parte de la política social de los estados modernos.*
- VII. *Considerando: Que la protección integral y universal contribuye a fortalecer el rol de los recursos humanos como la principal riqueza de la nación y la mejor estrategia para enfrentar con éxitos los retos de la apertura internacional en que se encuentra inmerso nuestro país.*

El sistema aglutina, articula, normaliza y supervisa, todas las instituciones públicas, privadas y mixtas dedicadas a actividades principales o complementarias de Seguridad Social en la Republica Dominicana. Su carácter es universal, obligatorio, solidario, plural e integral.

Está integrado por las siguientes instituciones:

El Consejo Nacional de la Seguridad Social (SDSS), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), la Dirección General de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social (DIDA), la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), la Superintendencia de Pensiones (SIPEN), Instituto Dominicano de Prevención y Protección de Riesgos Laborales (IDOPPRIL), el Seguro Nacional de Salud (SENASA), las administradoras de fondos de pensiones (AFP), las administradoras de riesgos de salud (ARS), las proveedoras de servicios de salud (PSS) y las entidades públicas, privadas o mixtas con o sin fines de lucro que realizan funciones complementarias de seguridad social.

Este texto legal derogó la ley 385 sobre seguros contra accidentes de trabajo, y modifica la ley 1896 sobre Seguros Sociales en todo lo relativo al ejercicio de las funciones de dirección, regulación, financiamiento y supervisión, así como cualquier otra ley que le sea contraria.

Marco jurídico de la Ley 87-01.

Esta ley fue promulgada el 10 de mayo del 2001 por el Poder Ejecutivo, con el objetivo primordial de establecer el Sistema Dominicano de Seguridad Social para proteger a todos los dominicanos.

Art. 3.- Principios rectores de la seguridad social

El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) se regirá por los siguientes principios:

- **Universalidad:** El SDSS deberá proteger a todos los dominicanos y a los residentes en el país, sin discriminación por razón de salud, sexo, condición social, política o económica;
- **Obligatoriedad:** La afiliación, cotización y participación tienen un carácter obligatorio para todos los ciudadanos e instituciones, en las condiciones y normas que establece la presente ley;
- **Integralidad:** Todas las personas, sin distinción, tendrán derecho a una protección suficiente que les garantice el disfrute de la vida y el ejercicio adecuado de sus facultades y de su capacidad productiva;
- **Unidad:** Las prestaciones de la Seguridad Social deberán coordinarse para constituir un todo coherente, en correspondencia con el nivel de desarrollo nacional;
- **Equidad:** El SDSS garantizará de manera efectiva el acceso a los servicios a todos los beneficiarios del sistema, especialmente a aquellos que viven y/o laboran en zonas apartadas o marginadas;
- **Solidaridad:** Basada en una contribución según el nivel de ingreso y en el acceso a los servicios de salud y riesgos laborales, sin tomar en cuenta el aporte individual realizado; de igual forma, cimentada en el derecho a una pensión mínima garantizada por el Estado en las condiciones establecidas por la

presente ley;

- **Libre elección:** Los afiliados tendrán derecho a seleccionar a cualquier administrador y proveedor de servicios acreditado, así como a cambiarlo

cuando lo consideren conveniente, de acuerdo a las condiciones establecidas en la presente ley;

- **Pluralidad:** Los servicios podrán ser ofertados por Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), Proveedoras de Servicios de Salud (PSS) y por Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), públicas, privadas o mixtas, bajo la rectoría del Estado y de acuerdo a los principios de la Seguridad Social y a la presente ley;
- **Separación de funciones:** Las funciones de conducción, financiamiento, planificación, captación y asignación de los recursos del SDSS son exclusivas del Estado y se ejercerán con autonomía institucional respecto a las actividades de administración de riesgos y prestación de servicios;
- **Flexibilidad:** A partir de las coberturas explícitamente contempladas por la presente ley, los afiliados podrán optar a planes complementarios de salud y de pensiones, de acuerdo a sus posibilidades y necesidades, cubriendo el costo adicional de los mismos;
- **Participación:** Todos los sectores sociales e institucionales involucrados en elSDSS tienen derecho a ser tomados en cuenta y a participar en las decisiones que les incumben;
- **Gradualidad:** La Seguridad Social se desarrolla en forma progresiva y constante con el objeto de amparar a toda la población, mediante la prestación de servicios de calidad, oportunos y satisfactorios;
- **Equilibrio financiero:** Basado en la correspondencia entre las prestaciones garantizadas y el monto del financiamiento, a fin de asegurar la sostenibilidad del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

Art. 4.- Derechos y deberes de los afiliados

Los beneficiarios del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) tienen el derecho de ser asistidos por la Dirección General de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA) en todos los servicios que sean necesarios para hacer efectiva su protección. Esta asistencia incluye información sobre sus derechos, deberes, recursos e instancias amigables y legales, formulación de querellas y demandas, representación y seguimiento de casos, entre otros.

El afiliado elegirá la Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) que administre su cuenta individual. Igualmente, los afiliados a planes de pensiones existentes podrán permanecer en dicho plan bajo las condiciones de la presente ley y sus normas complementarias. Ninguna AFP podrá rechazar la afiliación de un trabajador, ni ninguna persona podrá afiliarse a más de una AFP, aun cuando preste servicios a más de un empleador o realice cualquier otra actividad productiva. Ninguna AFP podrá cancelar la afiliación de un trabajador, excepto en la forma que establece esta ley y sus normas complementarias. A partir del primer año de entrar en vigencia esta ley, los afiliados tendrán derecho a cambiar de Administradora de Fondos de Pensiones una vez por año, con el sólo requisito de un preaviso de 30 días de acuerdo a las normas complementarias.

Luego de trasladarse a otra AFP deberá cotizar por lo menos durante seis meses para tener derecho a otro cambio. Empero, podrán hacerlo en cualquier momento si la AFP modifica el costo de administración de los servicios. Los afiliados tienen derecho a recibir información semestral sobre el estado de su cuenta individual, indicando con claridad los aportes efectuados, las variaciones de su saldo, la rentabilidad del fondo y las comisiones cobradas.

El afiliado, a nombre de su familia, tendrá derecho a elegir la Administradora de Riesgos de Salud (ARS) y/o Prestadora de Servicios de Salud (PSS) que más le convenga. Ninguna ARS y/o PSS podrá rechazar o cancelar la afiliación de un beneficiario por razones de edad, sexo, condición social, de salud o laboral. Ninguna persona podrá afiliarse a más de una ARS, aun cuando preste servicio a más de un empleador o realice otras actividades productivas. Los afiliados están en el deber de llevar una vida que propicie la conservación de la salud; participar en los programas preventivos, utilizar los servicios con criterios de

economía y responsabilidad social y suministrar información cierta, clara y completa sobre su estado de salud. Además, están en el deber de denunciar cualquier anomalía en perjuicio de los usuarios del sistema o de sus instituciones.

El trabajador está en el deber de observar todas y cada una de las recomendaciones orientadas a prevenir accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales. Además, debe participar y/o colaborar con los comités de seguridad e higiene en el trabajo que se organicen en la empresa o institución donde presta sus servicios. El retraso del empleador en el pago de las cotizaciones de Seguro de Riesgo Laborales no impedirá el nacimiento del derecho del trabajador a las prestaciones que le garantiza la presente ley. En tal caso, el SNSS deberá reconocer y otorgar dichas prestaciones y proceder de inmediato a cobrar a la entidad empleadora el monto de las aportaciones vencidas, más las multas e intereses que correspondan. Las normas complementarias detallarán los derechos y deberes de los afiliados, de los empleadores, de los profesionales y técnicos del SDSS, de las ARS y de las PSS.

Art. 5.- Beneficiarios del sistema

Tienen derecho a ser afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) todos los ciudadanos dominicanos y los residentes legales en el territorio nacional. La presente ley y sus normas complementarias regularán la inclusión de los dominicanos residentes en el exterior.

A. Son beneficiarios del Seguro Familiar de Salud:

Los titulares del derecho a la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y a la protección, recuperación y rehabilitación de su salud y preservación del medio ambiente, sin discriminación alguna, todos los dominicanos y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.

Para fines de la presente ley, la familia del asegurado incluye:

- a) Al cónyuge o compañero(a) de vida debidamente registrado; y

b) Los hijos e hijastros menores de 18 años o menores de 21 años, si fueran estudiantes, o sin límite de edad si son discapacitados, y los padres si son dependientes, mientras no sean ellos mismos afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social.

B. Son beneficiarios del Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia:

a) Los trabajadores dependientes y los empleadores, urbanos y rurales, en las condiciones establecidas por la presente ley;

b) Los trabajadores dominicanos que residen en el exterior, en las modalidades establecidas por la presente ley;

c) Los trabajadores independientes y los empleadores, urbanos y rurales, en las condiciones que establecerá el reglamento del Régimen Contributivo Subsidiado;

d) Los desempleados, discapacitados e indigentes, urbanos y rurales, en las condiciones que establecerá el reglamento del Régimen Subsidiado.

C. Son beneficiarios del Seguro contra Riesgos Laborales:

a) Los trabajadores dependientes y los empleadores, urbanos y rurales, en las condiciones establecidas por la presente ley;

b) Los trabajadores por cuenta propia, los cuales serán incorporados en forma gradual, previo estudio de factibilidad técnica y financiera.

Están cubiertos por las disposiciones de la presente ley los ciudadanos dominicanos que laboran en los organismos internacionales dentro del país.

Están excluidos, el personal radicado en el país de misiones diplomáticas extranjeras y de organizaciones internacionales y el personal expatriado de empresas extranjeras, en la medida en que estuviesen protegidos por sus propios regímenes de seguridad social. Estas misiones podrán acogerse a los beneficios de la presente ley para cubrir en forma parcial o total a su personal, como complemento a sus propios planes o como única cobertura para sus empleados. Sin perjuicio de lo anterior, el SDSS podrá establecer convenios

de protección recíproca a los ciudadanos de otras naciones residentes en el país y a los ciudadanos dominicanos residentes en otros países.

Art. 6.- Educación básica sobre Seguridad Social

El Ministerio de Educación incluirá en los planes de estudio de los niveles básico y medio un módulo orientado a educar a los ciudadanos sobre la seguridad social como un derecho humano y a explicar las características del Sistema Dominicano de Seguridad Social, sus derechos y deberes y las formas de aprovechar sus programas y opciones. De igual forma, lo harán las escuelas de formación técnica.

Art. 7.- Regímenes de financiamiento del SDSS

El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) estará integrado por los siguientes regímenes de financiamiento:

- a) Un Régimen Contributivo, que comprenderá a los trabajadores asalariados públicos y privados y a los empleadores, financiado por los trabajadores y empleadores, incluyendo al Estado como empleador.
- b) Un Régimen Subsidiado, que protegerá a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, discapacitados e indigentes, financiado fundamentalmente por el Estado Dominicano.
- c) Un Régimen Contributivo Subsidiado, que protegerá a los profesionales y técnicos independientes y a los trabajadores por cuenta propia con ingresos promedio, iguales o superiores a un salario mínimo nacional, con aportes del trabajador y un subsidio estatal para suplir la falta de empleador;

Los tres regímenes del SDSS se fundamentarán en los principios, estrategias, normas y procedimientos establecidos en la presente ley. El Consejo Nacional de Seguridad Social someterá al Poder Ejecutivo el anteproyecto de decretos para iniciar la ejecución de los Regímenes ***Contributivo***, ***Contributivo Subsidiado*** y ***Subsidiado***, como sigue:

<i>Régimen de Salud</i>	<i>Seguro Familiar de Salud</i>	<i>Seguro de Vejez</i>	<i>Riesgos Laborales</i>
Contributivo	15 meses	18 meses	15 meses
Subsidiado	18 meses	36 meses	No aplica
Contributivo Subsidiado	24 meses	48 meses	No aplica

Cada régimen tendrá una modalidad de financiamiento en correspondencia con su naturaleza y con la capacidad contributiva de los ciudadanos y del Estado Dominicano, asegurando el equilibrio financiero y la suficiencia de las prestaciones contempladas. Los tres regímenes contarán con fondos separados y contabilidad independiente.

El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) establecerá los criterios e indicadores económicos y sociales para definir e identificar la población que estará protegida por los Regímenes Subsidiado y Contributivo Subsidiado. Durante los primeros tres meses, contados a partir de la vigencia de la presente ley, ordenará los estudios socioeconómicos necesarios para determinar la población beneficiaria de estos regímenes, con la colaboración de la Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN), del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) y de la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS) y con la participación de representantes de las asociaciones de dueños de microempresas, juntas de vecinos, asociación de amas de casas y de las asociaciones campesinas y grupos comunitarios.

Una persona que simultáneamente perciba ingresos por actividades que correspondan a dos o más regímenes de financiamiento tendrá la obligación de cotizar en el régimen de mayor capacidad contributiva.

Art. 8.- Gradualidad de los Regímenes Subsidiado y Contributivo Subsidiado

El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) someterá al Poder Ejecutivo un calendario de ejecución gradual y progresiva de la cobertura de los Regímenes Subsidiado y Contributivo Subsidiado en lo que concierne al Seguro Familiar de Salud y al Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia, priorizando la protección de los grupos con mayores carencias de las provincias de mayor índice de pobreza.

Art. 9.- Prestaciones del Régimen Contributivo

El Régimen Contributivo cubrirá como mínimo las prestaciones siguientes:

- a) Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia;
- b) Seguro Familiar de Salud;
- c) Seguro de Riesgos Laborales por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

El empleador y sus dependientes podrán firmar pactos o convenios colectivos, incluyendo prestaciones superiores a las otorgadas por el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), siempre que una de las partes, o ambas, cubran el costo de las mismas. Carecerá de validez jurídica cualquier pacto colectivo o convenio particular que excluya o incluya prestaciones inferiores en cantidad o calidad a las consignadas en la presente ley y sus normas complementarias.

El Gobierno Dominicano y sus empleados establecerán, mediante aportes compartidos, un fondo especial para el bienestar de los servidores públicos, orientado a la adquisición y/o mejoramiento de sus viviendas y a otros servicios sociales complementarios, a cargo del Instituto de Auxilios y Vivienda (INAVI).

Art. 10.- Prestaciones de los Regímenes Subsidiado y Contributivo Subsidiado

Los beneficiarios del Régimen Subsidiado y del Régimen Contributivo Subsidiado estarán cubiertos por las siguientes prestaciones:

- a) Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia;
- b) Seguro Familiar de Salud.

El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) establecerá, en un plazo no mayor de un (1) año, un sistema único de información para optimizar el proceso de afiliación, recaudación y pago, así como para asegurar la detección y sanción a tiempo de la evasión y la mora. Los subsistemas de información de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y PSS formarán parte del sistema único de información y éste, a su vez, será compatible con el Sistema Integral de Gestión Financiera del Gobierno

Central.

El CNSS otorgará a todos los ciudadanos un número de afiliación, independientemente de la edad y del régimen a que esté afiliado. El mismo deberá ser compatible con el registro de la cédula de identidad y electoral.

Art. 12.- Inscripción de los afiliados

El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) velará por la inscripción oportuna de todos los afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) en las condiciones que establece la presente ley y sus normas complementarias. En tal sentido, las Superintendencias de Pensiones y de Salud y Riesgos Laborales están facultadas para inspeccionar y realizar las indagaciones que sean necesarias para detectar a tiempo cualquier evasión o falsedad en la declaración del empleador y/o del trabajador, pudiendo examinar cualquier documento o archivo del empleador.

En este aspecto contará con la colaboración y coordinación de la Secretaría de Estado de Trabajo, la Dirección de Impuestos Internos y cualquier otra dependencia pública o entidad privada que pueda aportar información al respecto.

Art. 13.- Financiamiento del Régimen Contributivo

El Régimen Contributivo del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) se financia mediante:

- a) Las cotizaciones y contribuciones obligatorias de los afiliados y de los empleadores;
- b) Los beneficios, intereses y rentas provenientes de las reservas del Fondo de Solidaridad;
- c) El importe de las multas impuestas como consecuencia del incumplimiento de la presente ley y sus normas complementarias;
- d) La realización de activos y utilidades que produzcan sus bienes;
- e) Las donaciones, herencias, legados, subsidios y adjudicaciones que se hagan en su favor.

A fin de viabilizar el financiamiento del Sistema Dominicano de Seguridad Social, se dispone que el incremento de la cotización, tanto del trabajador como del empleador, sea aplicado en forma gradual durante un período máximo de cinco años mediante aumentos anuales sucesivos. Para garantizar el equilibrio financiero del Sistema, durante este período el CNSS establecerá algunas limitaciones y restricciones a la entrega de los servicios, las cuales irán desapareciendo con la elevación gradual de las contribuciones, hasta completar el financiamiento total, a partir del cual las prestaciones tendrán plena vigencia.

Art. 14.- Aportación del empleador y del trabajador

El empleador contribuirá al financiamiento del Régimen Contributivo, tanto para el Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia como para el Seguro Familiar de Salud, con el setenta (70) por ciento del costo total y al trabajador le corresponderá el treinta (30) por ciento restante. El costo del seguro de Riesgos Laborales será cubierto en un cien por ciento (100%) por el empleador. En adición, el empleador aportará el cero punto cuatro (0.4) por ciento del salario cotizante para cubrir el Fondo de Solidaridad Social del sistema previsional.

Art. 15.- Exención impositiva

Las cotizaciones y contribuciones a la Seguridad Social y las reservas y rendimientos de las inversiones que generen los fondos de pensiones de los afiliados estarán exentas de todo impuesto o carga directa o indirecta. De igual forma, quedarán exentas las pensiones cuyo monto mensual sea inferior a cinco (5) salarios mínimos nacional. Las utilidades y beneficios obtenidos por las Administradora de Fondos de Pensiones (AFP), las PSS y las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) estarán sujetas al pago de los impuestos correspondientes.

Art. 16.- Plazo de los empleadores para el pago de las cotizaciones

Los empleadores efectuarán los pagos al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) a más tardar dentro de los primeros tres (3) días hábiles de cada mes. El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) diseñará un formato de pago que permita a las empresas e instituciones cotizantes consignar las aportaciones al Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia, al Seguro Familiar de Salud y al Seguro de Riesgos Laborales, identificando el aporte total y el correspondiente al trabajador y al empleador.

Art. 17.- Base de cotización

Para los trabajadores dependientes, el salario cotizante es el que se define en el artículo 192 del Código de Trabajo. En el caso de los trabajadores por cuenta propia, la base de contribución será el salario mínimo nacional, multiplicado por un factor de acuerdo al nivel de ingreso promedio de cada segmento social de este régimen.

Art. 18.- Salario mínimo nacional

Para fines de cotización, exención impositiva y sanciones, el salario mínimo nacional será igual al promedio simple de los salarios mínimos legales del sector privado establecidos por el Comité Nacional de Salario del ministerio de trabajo.

SEGURO FAMILIAR DE SALUD

CAPÍTULO I - FINALIDAD, DERECHOS Y PROTECCIÓN

Art. 118.- Finalidad del Seguro Familiar de Salud (SFS)

El Seguro Familiar de Salud (SFS) 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.

Art. 119.- Riesgos que cubre el Seguro Familiar de Salud (SFS)

El Seguro Familiar de Salud comprende la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la rehabilitación del enfermo, el embarazo, el parto y sus consecuencias. No comprende los tratamientos derivados de accidentes de tránsito, ni los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, los cuales están cubiertos por la ley 4117, sobre Seguro Obligatorio de Vehículos de Motor y por el Seguro de Riesgos Laborales establecido por la presente ley.

Párrafo I.- Los costos de las atenciones derivadas de accidentes de tránsito serán cargados al seguro obligatorio de vehículo de motor o en su defecto, al causante responsable del mismo.

Párrafo II.- (Transitorio). El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) estudiará y reglamentará la creación y funcionamiento de un Fondo Nacional de Accidente.

Art. 120.- Selección familiar de los servicios

El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) garantizará la libre elección familiar de la Administradora de Riesgos de Salud (ARS), del Seguro Nacional de Salud (SNS) y/o PSS de su preferencia, en las condiciones y modalidades que establece la presente ley y sus normas complementarias. La selección que haga el afiliado titular será válida para todos sus dependientes. Una vez agotado el período de transición señalado en el artículo 33, el afiliado

quedará en libertad de escoger la ARS y/o PSS de su preferencia, así como a cambiarla cuando considere que sus servicios no satisfacen sus necesidades. Los afiliados podrán realizar cambios una vez por año, con un preaviso de 30 días.

La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales regulará este proceso, establecerá el período para hacer los cambios de ARS, SNS y/o PSS y velará por el desarrollo y la conservación de un ambiente de competencia regulada que estimule servicios de calidad, oportunos y satisfactorios para los afiliados.

Art. 121.- Impedimento de prácticas monopólicas y desequilibrios

El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) incluirá en las normas complementarias, mecanismos y procedimientos claros y explícitos orientados a:

- a) Impedir la selección de riesgos, así como la discriminación por edad, sexo, condición social y ubicación geográfica;
- b) Prevenir y evitar prácticas monopolísticas tanto en la administración del riesgo de salud, como en la prestación de los servicios de salud;
- c) Proteger el ejercicio de los profesionales de la salud, de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos en la Ley General de Salud y en la Ley 6097, del 13 de noviembre de 1972, sobre Organización del Cuerpo Médico de los Hospitales y sus modificaciones.

Art. 122.- Prohibición de concentración de la propiedad y el control

Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) no podrán ser propietarias, ni tener accionistas, con intereses económicos, directos o indirectos, con las Proveedoras de Servicios de Salud (PSS). De igual forma, las Proveedoras de Servicios de Salud (PSS) no podrán ser propietarias, ni tener accionistas, con intereses económicos, directos o indirectos, con las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS).

Párrafo. - Esta disposición no se aplica para aquellas ARS que hayan operado durante los doce (12) meses anteriores a la promulgación de la presente ley como propietarias o accionistas de Proveedoras de Servicios de Salud (PSS), o

para aquellas PSS que posean o sean accionistas de una ARS. Cualquier transacción que implique el cambio de propiedad o del control de estas empresas, implicará la pérdida automática del reconocimiento de los derechos adquiridos que establece el presente artículo.

CAPÍTULO II - BENEFICIARIOS Y PRESTACIONES

Art. 123.- Beneficiarios del Régimen Contributivo

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.

Párrafo I.- En forma complementaria, podrán incluir a otros familiares que dependan del afiliado o pensionado, siempre que el afiliado cubra el costo de su protección.

Párrafo II.- El Reglamento de Salud establecerá los requisitos, normas y procedimientos para la inscripción y validación del compañero de vida, así como el período de espera mínima para tener derecho a los servicios de salud de éste y de las personas a que se refiere el párrafo I del presente artículo.

Art. 124.- Conservación temporal del derecho a servicios de salud

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.

Art. 125.- Beneficiarios del Régimen Subsidiado

Serán beneficiarios del Seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado:

- a) Los desempleados, urbanos y rurales, así como sus familiares;
- b) Los discapacitados, urbanos y rurales, siempre que no dependan económicamente de un padre o tutor afiliado a otro régimen y tengan derecho a ser protegido en otro régimen;
- c) Los indigentes, urbanos y rurales, así como sus familiares, bajo las modalidades solidarias que establecerá el Poder Ejecutivo a propuesta del Consejo Nacional de Seguridad Social.

Párrafo I.- El Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) establecerá los criterios e indicadores para determinar la población que clasifica para el Régimen Subsidiado.

Párrafo II. – En casos de emergencia nacional y/o durante las campañas y otros programas especiales orientados a prevenir las enfermedades y la discapacidad, los desempleados beneficiarios del Régimen Subsidiado deberán prestar servicios comunitarios al sector público de salud o a los ayuntamientos en actividades de saneamiento ambiental, reforestación e inmunización. Las normas complementarias regularán el tipo y la forma de prestación del mismo.

Art. 126.- Beneficiarios del Régimen Contributivo Subsidiado

Serán beneficiarios del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo Subsidiado:

- a) Los profesionales y técnicos que trabajan en forma independiente, así como sus familiares;
- b) Los trabajadores por cuenta propia, urbanos y rurales, así como sus familiares;

- c) Los trabajadores a domicilio, así como sus familiares;
- d) Los jubilados y pensionados del Régimen Contributivo Subsidiado.

Párrafo. - El Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) establecerá los criterios e indicadores para determinar la población que clasifica para el Régimen Contributivo Subsidiado.

Art. 127.- Prestaciones del Régimen Contributivo

El Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Contributivo cubrirá prestaciones en especie y en dinero:

I. Prestaciones en especie:

- a) Plan básico de salud;

II. Prestaciones en dinero:

- a) Subsidios por enfermedad común; y
- b) Subsidios por maternidad
- c) Subsidios por lactancia

Párrafo. - Los afiliados que ingresen por primera vez al Seguro Familiar de Salud, sean de empresas nuevas o existentes, así como sus familiares, tendrán derecho a atención médica a partir de los 30 días de su inscripción formal, salvo en caso de emergencia en que la atención será inmediata.

Art. 128.- Prestaciones de los Regímenes Subsidiado y Contributivo Subsidiado

El Seguro Familiar de Salud (SFS) de los regímenes Subsidiado y Contributivo Subsidiado cubrirá las siguientes prestaciones:

- a) Plan básico de salud;

Ley 397-19

Artículo 29.- Modificación artículo 128, Ley No.87-01. Se modifica el artículo 128 de la Ley No.87-01, del 9 de mayo del 2001, que crea el Sistema

Dominicano de Seguridad Social, para que diga de la siguiente forma:

Art. 128.- Prestaciones de los Regímenes Subsidiado y Contributivo Subsidiado. El Seguro Familiar de Salud (SFS) de los regímenes Subsidiado y Contributivo Subsidiado beneficiará a sus afiliados con la cobertura del Plan Básico de Salud.

Art. 129.- Plan Básico de Salud

El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) garantizará, en forma gradual y progresiva, a toda la población dominicana, independientemente de su condición social, laboral y económica y del régimen financiero a que pertenezca, un plan básico de salud, de carácter integral, compuesto por los siguientes servicios:

- a) Promoción de la salud y medicina preventiva, de acuerdo al listado de prestaciones que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS);
- b) Atención primaria de salud, incluyendo emergencias, servicios ambulatorios y a domicilio, atención materno infantil y prestación farmacéutica ambulatoria, según el listado de prestaciones que determine el CNSS;
- c) Atención especializada y tratamientos complejos por referimiento desde la atención primaria, incluyendo atención de emergencia, asistencia ambulatoria por médicos especialistas, hospitalización, medicamentos y asistencia quirúrgica, según el listado de prestaciones que determine el CNSS;
- d) Exámenes de diagnósticos tanto biomédicos como radiológicos, siempre que sean indicados por un profesional autorizado, dentro del listado de prestaciones que determine el CNSS;
- e) Atención odontológica pediátrica y preventiva, según el listado de prestaciones que determine el CNSS;
- f) Fisioterapia y rehabilitación cuando sean prescritas por un médico especialista y según los criterios que determine el CNSS;
- g) Prestaciones complementarias, incluyendo aparatos, prótesis médica y asistencia técnica a discapacitados, según el listado que determine el CNSS.

Párrafo I.- Las normas complementarias establecerán las condiciones y servicios mínimos de hotelería hospitalaria que serán cubiertos por el plan básico de salud.

Párrafo II.- El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) aprobará un catálogo detallado con los servicios que cubre el plan básico de salud.

Art. 130.- Prestaciones farmacéuticas ambulatorias

Las prestaciones farmacéuticas ambulatorias de los Regímenes Contributivo y Contributivo Subsidiado cubrirán el setenta (70) por ciento del precio a nivel del consumidor, debiendo el beneficiario aportar el treinta (30) por ciento restante. El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) aprobará el listado a ser cubierto tomando en cuenta el cuadro básico de medicamentos elaborado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social el cual será de aplicación obligatoria y única para todas las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) que participen en el Sistema Dominicano de Seguridad Social. Los beneficiarios del Régimen Subsidiado recibirán medicamentos esenciales gratuitos. Las normas complementarias establecerán la competencia y los procedimientos para la prescripción y entrega de las prestaciones farmacéuticas ambulatorias.

Art. 131.- Subsidio por enfermedad

En caso de enfermedad no profesional, el afiliado del Régimen Contributivo tendrá derecho a un subsidio en dinero por incapacidad temporal para el trabajo. El mismo se otorgará a partir del cuarto día de la incapacidad hasta un límite de veinte y seis (26) semanas, siempre que haya cotizado durante los doce últimos meses anteriores a la incapacidad, y será equivalente al sesenta por ciento (60%) del salario cotizante de los últimos seis meses cuando reciba asistencia ambulatoria, y al cuarenta por ciento (40%) si la atención es hospitalaria. Las normas complementarias establecerán la competencia y los procedimientos para el cálculo, la prescripción y entrega de los subsidios por enfermedad.

Art. 132.- Subsidio por maternidad

La trabajadora afiliada tendrá derecho a un subsidio por maternidad equivalente a tres meses del salario cotizante. Para tener derecho a esta prestación la afiliada deberá haber cotizado durante por lo menos ocho (8) meses del periodo comprendido en los doce (12) meses anteriores a la fecha de su

alumbramiento y no ejecutar trabajo remunerado alguno en dicho período. Esta prestación exime a la empresa de la obligación del pago del salario íntegro a que se refiere el artículo 239 del Código de Trabajo. Los hijos menores de un año de las trabajadoras afiliadas con un salario cotizante inferior a tres (3) salarios mínimos nacional tendrán derecho a un subsidio de lactancia durante doce (12) meses. Las normas complementarias establecerán la competencia y los procedimientos para el cálculo, la prescripción y entrega de los subsidios por maternidad.

El Subsidio por Lactancia al igual que el Subsidio por Maternidad estará a cargo de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, quien podrá subrogarlos o administrarlos directamente según lo dispone el Art. 140 de la Ley 87-01.

Art. 133.- Planes complementarios de salud

Los servicios no incluidos en el Plan Básico de Salud que excedan la cobertura del mismo serán cubiertos por el afiliado o el empleador y reglamentados por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), para evitar pagos excesivos.

Art. 135.- Servicios de las estancias infantiles. - (Modificado por el Art. 36 de la Ley 397-19, de fecha 01 de octubre de 2019) que crea el Instituto Dominicano de Prevención y Protección de Riesgos Laborales.

Párrafo 2

La Administradora de Estancias Infantiles del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) cesará en sus funciones. Las estancias infantiles del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) y los establecimientos y servicios bajo su administración pasarán a ser gestionados por el Instituto Nacional de Atención a la Primera Infancia (INAIPI).

3) Las funciones del Consejo Nacional de Estancias Infantiles (CONDEI) establecidas por el artículo 137 de la Ley No. 87-01 del 9 de mayo de 2001, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social y sus normas complementarias, pasarán a ser ejercidas por el Consejo Nacional para la Niñez y Adolescencia (CONANI), en apego a las normas complementarias que dicho Consejo dicte al efecto.

Art. 140.- (Modificado por el Art. 3 de la Ley 188-07, de fecha 9 de agosto de 2007) Costo y financiamiento del Régimen Contributivo.

El Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Contributivo se fundamenta en un régimen financiero de reparto simple, basado en una cotización total de los diez puntos trece por ciento (10.13%) del salario cotizable: un tres punto cero cuatro por ciento (3.04%) a cargo del afiliado y un siete punto cero nueve por ciento (7.09%) del empleador, distribuido en las siguientes partidas como sigue:

- Unos nueve puntos cincuenta y tres por ciento (9.53%) para el cuidado de la salud de las personas;
- Un cero punto diez por ciento (0.10%) para cubrir las Estancias Infantiles;
- Un cero punto cuarenta por ciento (0.43%) destinado al pago de subsidios;
- Un cero punto siete por ciento (0.07%) para las operaciones de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.

Párrafo I.- (Transitorio). Durante los primeros cinco años a partir de la fecha en que entre en vigencia el Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, su costo y las aportaciones serán como sigue:

Partidas	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Total	9,53%	10,03%	10,13%	10,13%	10,13%
Cuidado de salud de las personas	9,53%	9,53%	9,53%	9,53%	9,53%
Estancias infantiles		0,10%	0,10%	0,10%	0,10%
Subsidios		0,33%	0,43%	0,43%	0,43%
Operación de la Superintendencia		0,07%	0,07%	0,07%	0,07%
Distribución del Aporte					
Afiliado	2,86%	3,01%	3,04%	3,04%	3,04%
Empleador	6,67%	7,02%	7,09%	7,09%	7,09%

Párrafo II.- El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) establecerá el aporte porcentual al Seguro Familiar de Salud (SFS) de los pensionados y jubilados de los regímenes Contributivo y Contributivo Subsidiado, de acuerdo a su condición social y económica, procurando la mayor solidaridad posible.

Párrafo III.- El CNSS programará, en forma gradual y progresiva, la puesta en marcha de estas prestaciones hasta alcanzar su vigencia total. De igual forma, ante un incremento del costo de las prestaciones de salud en especie, el CNSS podrá racionar las prestaciones en dinero.

Párrafo IV.- Los subsidios por enfermedad y maternidad estarán a cargo de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, la cual podrá subrogarlos o administrarlos directamente.

Párrafo V.- El CNSS previo estudio ponderado, establecerá un límite máximo porcentual por la administración del Plan Básico de Salud con cargo al mismo.

Nota:

Artículo 30 de la Ley 397-19.- Modificación artículo 140, Ley No. 87-01. Se modifica el artículo 140 de la Ley No.87-01, del 9 de mayo del 2001, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, modificada a su vez por la Ley No. 188-07, del 9 de agosto de 2007, que introduce modificaciones a la Ley No 87-

01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, para que diga de la siguiente forma:

Art. 140.- Costo y financiamiento del Régimen Contributivo.

El Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Contributivo se fundamenta en un régimen financiero de reparto simple, basado en una cotización total del diez punto trece por ciento (10.13%) del salario cotizable: un tres punto cero cuatro por ciento (3.04%) a cargo del afiliado y un siete punto cero nueve por ciento (7.09%) del empleador, distribuido en las siguientes partidas como sigue:

- Un nueve punto cincuenta y ocho por ciento (9.58%) para el cuidado de la salud de las personas;
- Un cero punto cuarenta y ocho por ciento (0.48%) destinado al pago de subsidios.
- Un cero punto cero siete por ciento (0.07%) para las operaciones de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.

Art. 141.- Eliminación de la doble cotización

A partir de la vigencia de la presente ley, queda eliminada la doble cotización por aseguramiento. Un afiliado sólo podrá estar inscrito y recibir servicio de una sola Administradora de Riesgos de Salud (ARS) o del Seguro Nacional de Salud (SNS). En tal sentido, se establece un sistema único de afiliación al

Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), el cual sólo podrá ser otorgado por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) y tendrá

jurisdicción y validez en todo el territorio nacional. En un plazo no mayor de veinticuatro (24) meses a partir de la vigencia del Seguro Familiar de Salud (SFS), el CNSS entregará una identificación de la seguridad social para sustituir a cualquier otro existente, para fines legales.

Párrafo. - Cuando un trabajador realice simultáneamente trabajos bajo relación asalariada y por cuenta propia, su cotización se realizará en base al Régimen Contributivo.

Art. 142.- Financiamiento del Régimen Subsidiado

El Régimen Subsidiado será financiado con un aporte del Estado Dominicano, con cargo a la ley de Gastos Públicos. Su monto será determinado en función de la cantidad de población atendida y del costo per cápita del plan básico de salud. Durante el período de transición el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deberá separar los fondos asignados en su presupuesto e identificar los recursos destinados a la atención a las personas.

En función de la población comprendida por este régimen se determinará el monto actual de la asignación per cápita, debiendo el Estado Dominicano adicionar los recursos necesarios para completar el costo per cápita del plan básico de salud correspondiente a este Régimen de las aportaciones consignadas en el artículo 20 de la presente ley.

Párrafo. - Los subsidios mensuales que otorga el Estado Dominicano a las instituciones prestadoras de servicios de salud se transformarán en una modalidad de compra de servicios pre-pagada con cargo a la cual el Estado Dominicano referirá una cantidad proporcional de pacientes del Régimen Subsidiado y Contributivo Subsidiado, establecida previamente y de común acuerdo, para fines de atención sin costo adicional.

Art. 143.- Límite del salario cotizabile

Se establece un salario cotizable máximo equivalente a diez (10) salarios mínimos nacional. Los trabajadores que presten servicios a dos o más empleadores y/o reciban ingresos por actividades independientes, deberán declarar estos ingresos para fines del cálculo del salario cotizable.

Párrafo - Al cumplirse el primer año del inicio de la ejecución de la presente ley, el Consejo Nacional de Seguridad Social ordenará los estudios correspondientes, para ajustar, en los casos que fuere necesario, el límite del salario cotizable a las realidades socioeconómicas y para contribuir al equilibrio financiero del sistema. Estos estudios deberán ser ordenados periódicamente por el Consejo Nacional de Salud (CNS).

Art. 144.- El Empleador como agente de retención

El empleador público o privado es responsable de inscribir al afiliado, notificar los salarios efectivos o los cambios de estos, retener los aportes y remitir las contribuciones a la Tesorería de la Seguridad Social en el tiempo establecido por la presente ley y sus normas complementarias. El trabajador independiente o por cuenta propia pagará directamente sus aportes. La Tesorería de la Seguridad Social detectará la mora, la evasión y la elusión; además, será la responsable del cobro de las cotizaciones, recargos, multas e intereses retenidos indebidamente por el empleador. Agotada la vía administrativa sin resultados, podrá recurrir a los procedimientos coactivos establecidos por las leyes del país.

Art. 145.- Responsabilidad del empleador por daños y perjuicios

Sin perjuicio de otras sanciones que correspondiesen, el empleador público o privado es responsable de los daños y perjuicios que se causaren al afiliado y a sus familiares, cuando por incumplimiento de la obligación de inscribirlo, de notificar los salarios efectivos o los cambios de estos, o de ingresar las cotizaciones y contribuciones a la entidad competente, no pudieran otorgarse las prestaciones médicas, o bien, cuando el subsidio a que estos tuviesen derecho se viera disminuido en su cuantía. La misma responsabilidad corresponderá personalmente al gerente de la empresa o director de la institución.

Art. 146.- Financiamiento del Régimen Contributivo Subsidiado

El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) determinará mediante estudios, la distribución del costo per cápita del Plan Básico de Salud entre el trabajador y el Estado Dominicano, tomando en cuenta la capacidad

contributiva real de los diversos segmentos de los trabajadores por cuenta propia, así como la disponibilidad del Estado Dominicano. El Poder Ejecutivo, a propuesta del CNSS, dispondrá mediante decreto el porcentaje de los aportes y su distribución.

Art. 147.- Asignación territorial de los recursos

Concluido el período de transición y con la finalidad de garantizar el acceso real a los servicios de salud de la población más vulnerable, la Tesorería de la Seguridad Social entregará a cada Administradora de Riesgos de Salud (ARS) y al Seguro Nacional de Salud (SNS) una asignación mensual multiplicando la población local protegida por el costo del plan básico de salud, con cargo a la partida “Cuidado de la salud de las personas”.

CAPÍTULO V - ADMINISTRADORAS DE RIESGOS Y SEGURO NACIONAL DE SALUD

Art. 148.- Administradoras de Riesgos de Salud (ARS)

El Seguro Nacional de Salud (SNS) y las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) son entidades públicas, privadas o mixtas, descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, autorizadas 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 presente ley y sus normas complementarias. Las ARS deberán llenar las siguientes funciones:

- a) Asumir el riesgo de garantizar a los beneficiarios una protección de calidad, oportuna y satisfactoria;
- b) Racionalizar el costo de los servicios logrando niveles adecuados de productividad y eficiencia;
- c) Coordinar la red de Proveedores de Servicios de Salud (PSS) para maximizar su capacidad resolutoria;

d) Contratar y pagar en forma regular a las Proveedoras de Servicios de Salud (PSS);

e) Rendir informes periódicos a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.

Art. 149.- Constitución de las ARS y del SNS

Podrán constituirse como Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) o Seguro Nacional de Salud:

a) El Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), debidamente dotado de una administración independiente y descentralizada;

b) Las entidades públicas autónomas, con y sin fines de lucro, creadas para administrar riesgos de salud y que cumplan con los requisitos de la presente ley y sus normas complementarias;

c) Las entidades municipales, provinciales o regionales creadas para administrar riesgos de salud y que cumplan con los requisitos de la presente ley y sus normas complementarias;

d) Las entidades privadas creadas para administrar riesgos de salud y que cumplan con los requisitos de la presente ley y sus normas complementarias;

e) Las entidades mixtas creadas para administrar riesgos de salud y que cumplan con los requisitos de la presente ley y sus normas complementarias;

f) Las entidades constituidas por profesionales de la salud creadas para administrar riesgos de salud bajo modalidades cooperativas o de cualquiera otra índole jurídica, con y sin fines de lucro, que cumplan con los requisitos de la presente ley y sus normas complementarias;

g) Las entidades organizadas como Seguros de Salud Auto administrados y que cumplan con los requisitos de la presente ley y sus normas complementarias;

h) Cualquiera otra modalidad dedicada a la administración del riesgo de salud y que cumpla con los requisitos de la presente ley y sus normas complementarias.

Párrafo. - (Transitorio). Se dispone el reconocimiento y la articulación de las igualas médicas, seguros de salud y seguros auto administrados, con y sin fines de lucro, registrados a la fecha de la promulgación de la presente ley en la Secretaría de Estado de Industria y Comercio. Las mismas podrán operar como Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) sin necesidad de llenar todos los requisitos establecidos, durante los dos primeros años de vigencia de la presente ley, período en el cual deberán completarlos y solicitar la autorización correspondiente a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.

Art. 150.- Requisitos mínimos para acreditar como Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) o Sistema Nacional de Salud (SNS)

Sin perjuicio de las condiciones que establezcan las normas complementarias, las administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y el Seguro Nacional de Salud (SNS) deberán llenar, por lo menos, los siguientes requisitos:

- a) Tener personería jurídica de acuerdo a las leyes del país;
- b) Contar con una organización administrativa y financiera capaz de administrar los riesgos de salud en condiciones de eficiencia, competitividad y solvencia económica;
- c) Organizar una red integral de servicio a nivel local con unidades subrogadas que cubran adecuadamente todas las prestaciones del Plan Básico de Salud;
- d) 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 Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales;
- e) Instalar un sistema de información gerencial y registro de servicios, compatible con el sistema único de información, con capacidad para formular reportes y estadísticas regulares;

- f) Acreditar capacidad técnica para supervisar las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) afiliadas, en lo relativo a la calidad, oportunidad y satisfacción de los servicios contratados, en el marco de la presente ley y sus normas complementarias;
- g) Acreditar periódicamente el nivel mínimo de solvencia técnico-financiero que establezca la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales;
- h) Contar con un capital operativo mínimo pagado en dinero efectivo, proporcional a la población beneficiaria, el cual será fijado, revisado e indexado por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales;
- i) Cumplir con cualquier otro requisito que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) y/o la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.

Art. 152.- Articulación de los niveles de atención

Para ser habilitadas por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, el Seguro Nacional de Salud y cada Administradora de Riesgos de Salud (ARS) deberá contar con Proveedoras de Servicios de Salud (PSS) que, en conjunto, cubran y articulen los niveles de atención cumpliendo, al menos, con las condiciones mínimas siguientes:

- Un nivel de atención primaria como puerta de entrada a la red de servicios, con atención profesional básica a la población a su cargo, dotado de adecuada

capacidad resolutive y centrada en la prevención, en el fomento de la salud, en acciones de vigilancia y en el seguimiento de pacientes especiales, que cubra las emergencias y la atención domiciliaria;

- Un nivel de atención ambulatoria especializada con capacidad profesional y tecnológica para atender a los pacientes referidos desde el primer nivel de atención;
- Un nivel de hospitalización general y complejo dotado de los recursos humanos y tecnológicos para atender la demanda de pacientes que requieren internamiento y cirugía, referidos por los niveles ambulatorios o por emergencias;
- Un sistema de referencia desde el nivel de atención primaria hacia la atención ambulatoria especializada, y/o la hospitalización general y compleja, y viceversa.

Art. 155.- Contratación de promotores de seguros de salud

Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) podrán contratar promotores de seguros de salud para ofertar sus servicios e inscribir a sus afiliados, siempre que éstas sean responsables de sus actuaciones. Los promotores de seguros de salud cumplirán determinados requisitos profesionales y técnicos, serán entrenados por las ARS y deberán recibir una acreditación de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, la cual podrá suspenderla o cancelarla de acuerdo a la gravedad de la infracción. Las normas complementarias establecerán la regulación correspondiente.

Las Administradoras de Riesgos de Salud Locales tendrán las siguientes funciones:

- a) Administrar la asignación per cápita de la población a su cargo, de acuerdo a la presente ley y sus normas complementarias;
- b) Contratar y articular a los Proveedores de Servicios de Salud (PSS) públicos y privados, con y sin fines de lucro, del municipio y/o la provincia, de acuerdo a la presente ley y sus normas complementarias, a fin de potencializar la capacidad local y optimizar las inversiones en planta física, equipamiento y recursos humanos;

- c) Coordinar la complementación y especialización de los Proveedores de Servicios de Salud (PSS) del municipio y/o la provincia para brindar un servicio confiable, continuo y eficiente, lo más cercano posible a la demanda en general, especialmente de la población urbana y rural más necesitada;
- d) Establecer un sistema de referencia y contra referencia que permita la atención y el seguimiento de los pacientes que requieren de un tratamiento en centros de mayor complejidad;
- e) Desarrollar de manera conjunta y coordinada entre varias provincias, servicios y procesos tecnológicos optimizando su aprovechamiento mediante economías de escala;
- f) Estimular y fortalecer la participación comunitaria en la dirección del sistema local de salud, así como en el diseño, organización y ejecución de los programas y actividades de inmunización, saneamiento general, protección del medioambiente, vigilancia epidemiológica y en cualquier otra actividad tendente a elevar los indicadores de salud a nivel local;
- g) Contribuir a la articulación funcional del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) en el desarrollo integral del área geográfica bajo su incumbencia.

Párrafo I.- La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales establecerá la cantidad mínima de afiliados para sustentar la capacidad técnica, administrativa y gerencial que deberán reunir el Seguro Nacional de Salud (SNS) o las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) locales para asegurar su adecuado desempeño y su sostenibilidad financiera. En caso contrario, propondrá alianzas estratégicas entre varias provincias para crear un ARS interprovincial.

Párrafo II.- Varios municipios y/o provincias podrán establecer acuerdos para emprender acciones de interés común cuyo abordaje conjunto contribuye a fortalecer su viabilidad, a elevar su eficiencia e impacto y/o a reducir sus costos.

Párrafo III.- Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) locales y/o provinciales podrán contratar a Proveedores de Servicios de Salud (PSS) de mayor complejidad, a nivel regional o nacional con cargo a la asignación recibida.

Art. 158.- Intervención en caso de irregularidad

Cuando el Seguro Nacional de Salud (SNS) o una Administradora de Riesgos de Salud (ARS) pública, privada o mixta, se encuentren en una situación Técnica, financiera o administrativa que no garantice su adecuado funcionamiento, o incurriese en infracciones graves que pudieran lesionar los intereses de los derecho habientes y/o afectar las políticas de seguridad social y los objetivos generales del SDSS, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales podrá intervenirla y adoptar los correctivos según la gravedad del caso.

Art. 159.- Seguro Nacional de Salud (SeNaSa)

El 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 presente ley, el cual tendrá las siguientes funciones:

- a) Garantizar a los afiliados servicios de calidad, oportunos y satisfactorios;
- b) Administrar los riesgos de salud con eficiencia, equidad y efectividad;
- c) Organizar una red nacional de prestadores de servicios de salud con criterios de descentralización;
- d) Contratar y pagar a los prestadores de servicios de salud en la forma y condiciones prescritas por la presente ley para las restantes Administradoras de Riesgos de Salud (ARS);
- e) Rendir informes periódicos al Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) y a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales sobre la administración de los recursos para garantizar su uso eficiente y transparente;
- f) Las demás funciones establecidas en el artículo 148.

Párrafo I.- El Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) constará de un Consejo Nacional y una Dirección Ejecutiva.

El Consejo Nacional se encargará de:

- a) Elaborar las políticas del SeNaSa.
- b) Elegir la dirección ejecutiva.
- c) Elaborar las normas complementarias y los reglamentos para la operación de la dirección ejecutiva.
- d) Conocer y aprobar los informes de la dirección ejecutiva.

CAPÍTULO VI - Prestadoras de Servicios de Salud

Art. 160.- Constitución de las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS)

Las 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 MISAP de acuerdo a la ley General de Salud. Podrán constituirse como Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) del Sistema Dominicano de Seguridad Social:

- a) Las entidades del Estado proveedoras de servicios de salud, habilitadas por MISAP de acuerdo a la ley General de Salud.
- b) Las instituciones públicas autónomas que presten servicios de salud, creadas de acuerdo a las leyes del país y habilitadas por MISAP bajo las normas que establece la ley General de Salud.
- c) Las sociedades mixtas de servicios de salud, propiedad del Estado y gestionadas por representantes de la sociedad civil, siempre que tengan una administración independiente y hayan sido habilitadas por MISAP.
- d) Los Patronatos y las Organizaciones no Gubernamentales (ONG) que presten servicios de salud, creadas de acuerdo a las leyes del país y habilitadas por MISAP de acuerdo a la ley General de Salud.
- e) Las empresas privadas proveedoras de servicios de salud, creadas de acuerdo a las leyes del país y habilitadas por la MISAP de acuerdo a la ley General de Salud.
- f) Las entidades locales de servicios de salud, creadas de acuerdo a las leyes del país para ofrecer servicios a nivel municipal o provincial, bajo las mismas condiciones que las anteriores.

- g) Los profesionales del sector salud dotados de exequátur, en las condiciones establecidas por la ley General de Salud.
- h) Cualquier institución de servicio, siempre que cumpla con los requisitos para calificar como prestadora de servicios de salud, de conformidad con la ley General de Salud.

Párrafo. - Los requisitos para ser habilitadas como Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) serán establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de acuerdo a la ley General de Salud y normas complementarias. De igual forma, corresponde a la MISAP la regulación de sus actividades y su supervisión.

Art. 161.- No discriminación ni exclusión de los afiliados o usuarios

El Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) y las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y las Proveedoras de Servicios de Salud (PSS) no podrán establecer, por ningún medio legal o, de hecho, exclusiones, ni límites, salvo los que de manera expresa señale el plan básico de salud, ni ejercer discriminación a los beneficiarios y usuarios del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) por razones de sexo, edad, condición social, laboral, territorial, política, religiosa o de ninguna otra índole. Cualquier referencia a otra institución solo se justificará por razones de disponibilidad de servicio y deberá realizarse mediante los procedimientos que establecerán las normas complementarias. En cualquier caso, su decisión y costo correrán por cuenta y riesgo de la Administradora de Riesgos de Salud (ARS) que autorizó dicha referencia.

Art. 162.- Servicios de emergencia e información

Las Proveedoras de Servicios de Salud (PSS) garantizarán servicios de emergencia durante las 24 horas del día y dispondrán de información a los usuarios durante, por lo menos, 12 horas al día, todos los días del año.

Art. 163.- Sistema de garantía de calidad y autorregulación

De conformidad con la ley General de Salud y con las disposiciones que adopte el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en calidad de órgano rector del Sistema Nacional de Salud, las Proveedoras de Servicios de Salud (PSS) deberán establecer sistemas de garantía de calidad y normas de autorregulación a fin de alcanzar y mantener niveles adecuados de calidad, oportunidad y satisfacción de los afiliados y usuarios, así como detectar a tiempo cualquier falla que afecte su desempeño.

CAPÍTULO VII - TRANSFORMACIÓN Y DESARROLLO DEL IDSS Y SESPAS

Art. 166.- Opciones de la población de primer ingreso

La población a ser afiliada como consecuencia de la eliminación del tope de exclusión y/o de la incorporación de nuevos segmentos sociales, tendrá la opción inmediata de inscribirse en cualesquiera de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) públicas o privadas existentes. Las empresas y trabajadores que se incorporen por primera vez disfrutarán de igual consideración, con la excepción transitoria de los servidores públicos y municipales prevista en el artículo anterior.

Párrafo. I - El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) establecerá límites para la ejecución de estas reformas, mediante una programación gradual y progresiva. El Estado Dominicano ampliará los programas y proyectos de reforma del sector salud, orientados a fortalecer la función rectora, normativa y supervisora del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Sistema Nacional de Salud; así como a desarrollar la capacidad de las Administradoras de Riesgos de Salud locales de administrar los riesgos y proveer los servicios de salud en redes articuladas, de acuerdo a la presente ley y sus normas complementarias.

CAPÍTULO VIII SISTEMA DE CONTRATACIÓN Y PAGO

Art. 170.- Límite y condiciones igualitarias para las ARS y el SeNaSa

La tesorería de la seguridad social hará efectivo el pago al Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) y a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) correspondiente al mes vencido a más tardar el día 30 del siguiente mes. Todas las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), independientemente de su naturaleza pública o privada, con o sin fines de lucro, recibirán el pago dentro del plazo establecido, el mismo día y en igualdad de condiciones.

Art. 171.- Pago a los profesionales y proveedores de servicios de salud

El Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) y las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) efectuarán el pago al personal de salud por concepto de honorarios profesionales, así como a los demás proveedores de servicios, con regularidad en un período no mayor a 10 días calendario a partir del pago a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), siempre que los mismos hayan sido reclamados en las condiciones y dentro de los límites y procedimientos que al efecto establecerán las normas complementarias. La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales velará por el cumplimiento de esta disposición y recibirá y atenderá las quejas y reclamaciones, pudiendo aplicar las sanciones correspondientes.

Art. 172.- Modalidades de compromisos de gestión

La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, regulará las condiciones mínimas de los contratos entre las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) o el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) y las Proveedoras de Servicios de Salud (PSS), propiciando formas de riesgos compartidos que fomenten relaciones mutuamente satisfactorias. A tal efecto, establecerá normas, condiciones e incentivos recíprocos que estimulen una atención integral, oportuna, satisfactoria y de calidad mediante mecanismos compensatorios en función de indicadores y parámetros de desempeño y resultados previamente establecidos. Dicha Superintendencia velará porque todos los contratos y subcontratos se ajusten a los principios de la seguridad social, a la presente ley y sus normas complementarias y supervisará su aplicación.

Art. 173.- Modalidades de contratación del personal de salud

La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales propiciará y regulará la contratación de los profesionales, técnicos y administrativos, basada en las siguientes modalidades:

- a) Sueldo devengado más incentivos por el logro de las metas, niveles de calidad, resultados obtenidos y desempeño dentro de los estándares institucionales establecidos;
- b) Tarifas profesionales más incentivos para el logro de las metas, niveles de calidad, resultados obtenidos y desempeños dentro de los estándares institucionales establecidos.

Párrafo III.- Ninguna Administradora de Riesgo de Salud (ARS) ni el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) podrán establecer condiciones contractuales discriminatorias contra un profesional de salud legalmente facultado o un Proveedor de Servicios de Salud (PSS), pública o privada, habilitados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Párrafo IV.- Al personal de salud se le reconocerán los años de servicios. Los profesionales de la salud tendrán el derecho como primera opción a subrogar sus servicios compartiendo el riesgo de la protección bajo un pago por capitación y/o pagos asociados a la atención integral de un tratamiento.

CAPÍTULO IX SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES

Art. 174.-Garantía del Estado Dominicano - *El Estado Dominicano es el garante final del adecuado funcionamiento del Seguro Familiar de Salud (SFS), así como de su desarrollo, fortalecimiento, evaluación y readecuación periódicas y del reconocimiento del derecho de todos los afiliados. En tal sentido tiene la responsabilidad inalienable de adoptar todas las previsiones y acciones que establece la presente ley y sus reglamentos a fin de asegurar el cabal cumplimiento de sus objetivos sociales y de los principios de la seguridad social. En consecuencia, será responsable ante la sociedad dominicana de cualquier falla, incumplimiento e imprevisión en que incurra cualquiera de las instituciones públicas, privadas o mixtas que lo integran, debiendo, en última instancia, resarcir adecuadamente a los afiliados por cualquier daño que pudiese ocasionarles una falta de supervisión, control o monitoreo.*

Art. 175.- Creación de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales

Se crea la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales como una entidad estatal, autónoma, con personalidad jurídica y patrimonio propio, la cual, a nombre y representación del Estado Dominicano ejercerá a cabalidad la función de velar por el estricto cumplimiento de la presente ley y sus normas complementarias, de proteger los intereses de los afiliados, de vigilar la solvencia financiera del Seguro Nacional de Salud y de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), supervisar el pago puntual a dichas Administradoras y de éstas a las PSS y de contribuir a fortalecer el Sistema Nacional de Salud. Será una entidad dotada de un personal técnico y administrativo altamente calificado. Está facultada para contratar, demandar y ser demandada y será fiscalizada por la Contraloría General de la República y/o la Cámara de Cuentas, sólo en lo concerniente al examen de sus ingresos y gastos.

Art. 176.- Funciones de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales

La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales tendrá las siguientes funciones:

- a) Supervisar la correcta aplicación de la presente ley, el Reglamento de Salud y Riesgos Laborales, así como de las resoluciones del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) en lo que concierne a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y de la propia Superintendencia;
- b) Autorizar el funcionamiento del Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) y de las ARS que cumplan con los requisitos establecidos por la presente ley y sus normas complementarias; y mantener un registro actualizado de las mismas y de los promotores de seguros de salud;
- c) Proponer al Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) el costo del plan básico de salud y de sus componentes; evaluar su impacto en la salud, revisarlo periódicamente y recomendar la actualización de su monto y de su contenido;
- d) Requerir de las ARS y del SeNaSa el envío de la información sobre prestaciones y otros servicios, con la periodicidad que estime necesaria;
- e) Disponer el examen de libros, cuentas, archivos, documentos, contabilidad, cobros y bienes físicos de las ARS, SeNaSa y de las PSS contratadas por éstas;
- f) Imponer multas y sanciones a las ARS y al SeNaSa, mediante resoluciones fundamentadas, cuando no cumplan con las disposiciones de la presente ley y sus normas complementarias;
- g) Cancelar la autorización y efectuar la liquidación del SeNaSa y de la ARS en los casos establecidos por la presente ley y sus normas complementarias;

h) Fungir como árbitro conciliador cuando existan desacuerdos entre las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) o el Seguro Nacional de Salud y las Proveedoras de Servicios de Salud (PSS), sean éstas entidades y/o profesionales de la salud y establecer, en última instancia, precios y tarifas de los servicios del plan básico de salud;

i) Supervisar a la Tesorería de la Seguridad Social y al Patronato de Recaudo e Informática de la Seguridad Social (PRISS) en lo relativo a la distribución de las cotizaciones al Seguro Familiar de Salud y al Seguro de Riesgos Laborales dentro de los límites, distribución y normas establecidas por la presente ley y sus normas complementarias;

j) Proponer al Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) la regulación de los aspectos no contemplados sobre el Seguro Familiar de Salud y el Seguro de Riesgos Laborales, dentro de los principios, políticas, normas y procedimientos establecidos por la presente ley y sus normas complementarias;

k) Someter a la consideración de la CNSS todas las iniciativas necesarias en el marco de la presente ley y el reglamento de Salud y Riesgos Laborales, orientadas a garantizar el desarrollo y el equilibrio financiero del sistema, la calidad de las prestaciones y la satisfacción de los usuarios, la solidez financiera del Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) y de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), el desarrollo y fortalecimiento de los ARS locales y la libre elección de los afiliados.

Párrafo. - Las operaciones de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales serán financiadas con el fondo previsto para tales fines en el artículo

140. El Estado aportará un presupuesto para cubrir las inversiones en infraestructura y equipamiento y durante el primer año le asignará recursos para el inicio de sus operaciones.

Párrafo. - Transitorio (Agregado por el Artículo 4 de la Ley 188-07, de fecha 9 de agosto de 2007) Durante el primer año de la puesta en ejecución del Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Contributivo, la SISALRIL establecerá el costo per cápita del Plan Básico de Salud (PBS), así como la cobertura y

alcance del catálogo de prestaciones establecido en el mismo, tomando en cuenta los principios de viabilidad financiera, equidad y participación.

Art. 177.- Del Superintendente de Salud y Riesgos Laborales

Un superintendente estará al frente de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, el cual será designado por decreto del Poder Ejecutivo de una terna sometida por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS). Para ser nominado deberá ser dominicano, mayor de 30 años de edad, profesional con cinco años de experiencia; poseer capacidad administrativa y gerencial comprobable y calificar para una fianza de fidelidad. Durará cuatro años en sus funciones y podrá ser confirmado por otro período de cuatro años por adecuado desempeño, decidido por el voto secreto. También podrá ser suspendido por el CNSS por falta grave. En cualquier caso, el Poder Ejecutivo tendrá la decisión final.

Art. 179.- Comité Interinstitucional de Salud y Riesgos Laborales

Se crea un Comité Interinstitucional de Salud y Riesgos Laborales, de carácter consultivo, el cual se reunirá mensualmente bajo la presidencia del superintendente de salud y riesgos laborales o de su representante técnico, con la finalidad de analizar, consultar y validar los proyectos, propuestas e informes de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales que serán sometidos al Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS). Dicho Comité estará integrado por: un representante del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, un representante del Ministerio de Trabajo; un representante del Seguro Nacional de Salud (SeNaSa); un representante de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) privadas; un representante de la Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados (ANDECLIP); un representante del Seguro Médico para los Maestros (SEMMA); un representante del Colegio Médico Dominicano (CMD); un representante de los empleadores; un representante de los trabajadores; un representante de los profesionales y técnicos; y un representante de los profesionales de enfermería. Los representantes tendrán un suplente y su designación y composición se regirá por lo dispuesto en el artículo 23 de la presente ley. Las normas complementarias regularán su funcionamiento.

CAPÍTULO X INFRACCIONES Y SANCIONES

Art. 180.- Principios y normas generales

Será considerada como una infracción, cualquier incumplimiento por acción u omisión de las obligaciones establecidas por la presente ley y sus normas complementarias, así como las conductas sancionables consignadas en los mismos. Cada infracción será manejada de manera independiente aun cuando tenga un origen común. Los empleadores y las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) serán responsables de las infracciones cometidas por sus dependientes en el ejercicio de sus funciones. La facultad de imponer una sanción caduca a los tres años, contados a partir de la comisión del hecho y la acción para hacer cumplir la sanción prescribe a los cinco años, a partir de la sentencia o resolución.

Art. 181.- Infractores del Seguro Familiar de Salud y de Riesgos Laborales

Constituye un delito la infracción a la presente ley y será objeto de prisión correccional y de sanción:

- a) El empleador que no se inscriba o no afilie a uno o varios de sus trabajadores, dentro de los plazos establecidos por la presente ley y sus normas complementarias; o que no suministren informaciones veraces y completas o que no informaran a tiempo sobre los cambios y novedades de la empresa relacionados con las cotizaciones.
- b) El empleador que no efectúe el pago de las contribuciones dentro de los plazos que establece la presente ley y sus normas complementarias; o que resultaren autores o cómplices de inscripciones o declaraciones falsas que originen o pudieren originar prestaciones indebidas.
- c) Toda persona física o moral que altere los documentos o credenciales otorgados por el CNSS, con el objetivo de inducir al disfrute de prestaciones indebidas.

- d) El trabajador que suministre informaciones falsas o incompletas sobre sus dependientes que originen o pudieran originar el otorgamiento indebido de servicios y/o prestaciones económicas.
- e) La Administradora de Riesgos de Salud (ARS) o el Seguro Nacional de Salud que retrase en forma injustificada las prestaciones establecidas por la presente ley y sus normas complementarias a uno o vario de los beneficiarios. La reincidencia en esta violación dará lugar a la cancelación por parte de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales de la autorización para operar como tal.
- f) La Administradora de Riesgos de Salud (ARS) o el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) que no reporte a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales las informaciones que establece la presente ley y sus normas complementarias, en los plazos y condiciones establecidos por los reglamentos.
- g) La Administradora de Riesgos de Salud (ARS) o el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) que se retrase en el pago a los proveedores subrogados a pesar de haber recibido el pago a tiempo.
- h) El Proveedor de Servicios de Salud (PSS) que resulte cómplice o autor de diagnósticos y procedimientos médicos-quirúrgicos falsos, o que origine o pudiese originar prestaciones económicas indebidas.
- i) La Administradora de Riesgos de Salud (ARS), el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) y/o la PSS que discrimine 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 presente ley y a sus normas complementarias.

- j) La ARS, SNS y/o 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.

Art. 182.- Monto de las sanciones y destino de las multas, recargos e intereses

El empleador público o privado que incurra en cualquiera de las infracciones señaladas deberá pagar un recargo del cinco por ciento (5%) mensual acumulativo del monto involucrado en la retención indebida. El Seguro Nacional de Salud (SNS) y la Administradora de Riesgos de Salud (ARS) que incurra en cualquiera de las infracciones señaladas en la presente ley y sus normas complementarias deberá pagar una multa no menor de cincuenta (50) veces, ni mayor de doscientas (200) veces el salario mínimo nacional. La reincidencia y reiteración de una infracción serán consideradas como agravantes, en cuyo caso la sanción será un cincuenta por ciento (50%) mayor. Los responsables de las infracciones graves podrán ser objeto de degradación cívica y de prisión correccional de treinta (30) días a un (1) año. El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) establecerá la gravedad de cada infracción, así como el monto de la penalidad dentro de los límites previstos en el presente artículo. El cobro de las cotizaciones obligatorias, así como de las comisiones por recargos, multas e intereses adeudados por el empleador tendrá los privilegios que otorga el Código Civil y el Código de Comercio. El monto de los recargos será abonado a la cuenta de subsidios.

Párrafo I.- En caso de que una Proveedora de Servicios de Salud (PSS) infligiere cualquiera de los literales h), i) o j) y no se produjera la conciliación prevista en el artículo 178, la PSS deberá pagar una multa no menor de 50 veces, ni mayor de 200 veces el salario mínimo nacional, una vez que estafalta sea establecida por un tribunal de derecho común.

Párrafo II.- Cuando una Administradora de Riesgos de Salud (ARS) no realice el pago correspondiente a un profesional y/o a una Proveedora de Servicios de Salud (PSS) en la forma prevista en el artículo 171, deberá pagar un cinco por ciento (5%) de recargo por mes o fracción, acumulativo, en beneficio de la PSS afectada.

Nota:

Artículo 11 de la Ley 13-20.- Modificación artículo 182. Se modifica el artículo 182 de la Ley No. 87- 01, del 9 de mayo de 2001, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, para que diga lo siguiente:

Art. 182. Monto de las sanciones y destino de las multas, recargos e intereses. El empleador público o privado que incurra en cualquiera de las infracciones señaladas en los literales a) y b) del artículo 181 pagará a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) un recargo equivalente al porcentaje de rentabilidad mensual promedio generado por el sistema de capitalización individual en el mes calendario anterior al periodo de la notificación de pago incumplida más un cero punto tres por ciento (0.3%) mensual de penalidad sobre el monto de las aportaciones no pagadas. Además, el retraso en el pago podrá dar inicio a una acción civil y penal por parte de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS). Por otra parte, el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa), la Administradora de Riesgos de Salud (ARS) y los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) que incurran en cualquiera de las infracciones señaladas en la presente ley y sus normas complementarias deberán pagar una multa equivalente de cincuenta (50) a trescientas (300) veces el salario mínimo nacional. La reincidencia será considerada como agravante, en cuyo caso la sanción será un cincuenta por ciento (50%) mayor. Los responsables de las infracciones graves podrán ser objeto de degradación cívica y de prisión correccional de treinta (30) días a un (1) año. El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) establecerá la gravedad de cada infracción, así como el monto de la penalidad dentro de los límites previstos en el presente artículo. El cobro de las cotizaciones obligatorias, así como de las comisiones por recargos, multas e intereses adeudados por el empleador, tendrá los privilegios que otorgan el Código Civil y el Código de Comercio. El monto de los recargos, multas e intereses será abonado a la cuenta de subsidios.

Párrafo I. El Proveedor de Servicios de Salud (PSS) que incurra en cualquiera de las infracciones señaladas en los literales c), h), i) o j) del artículo 181 podrá

ser sancionado por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISARIL) con una multa de cincuenta (50) a trescientas (300) veces el salario mínimo nacional; en caso de incumplimiento del literal h) del artículo 181, será sancionado por un tribunal penal con la pena de reclusión de dos (2) a cinco (5) años. En caso de incumplimiento del literal c) del artículo 181, será sancionado por un tribunal penal con la pena de reclusión no mayor a seis (6) meses.

Párrafo II. La aplicación de recargos originados por el incumplimiento de pago de cotizaciones obligatorias por parte de empleadores corresponderá únicamente a los montos dejados de pagar por concepto de cotizaciones obligatorias, en ningún caso aplicará a montos dejados de pagar por concepto de otros recargos, intereses, moras o penalidades.

Párrafo III. En caso de que las infracciones cometidas por los empleadores se mantengan por un tiempo mayor a sesenta (60) días, la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) procederá a solicitar a la Dirección General de Impuestos Internos (DGII) la inhabilitación de los Números de Comprobantes Fiscales (NCF) hasta tanto no se regularice la situación.

Párrafo IV. Todas las entidades del sector público y los gobiernos locales deberán realizar regularmente los aportes relativos al Seguro Familiar de Salud (SFS), para lo cual la Tesorería Nacional realizará la retención correspondiente y transferirá directamente a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS).

Párrafo V. La Superintendencia de Pensiones (SIPEN) reportará mensualmente a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) la rentabilidad mensual promedio generada por el sistema de capitalización individual en el mes calendario anterior.

Art. 183.- Competencia para imponer sanciones

La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales tendrá plena competencia para determinar las infracciones e imponer las sanciones de acuerdo a la presente ley y sus normas complementarias. Dichas normas establecerán cada una de las infracciones y las sanciones correspondientes.

Art. 184.- Derecho de apelación

Los empleadores, las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) y las PS tendrán derecho de apelar ante el Consejo

Nacional de Seguridad Social (CNSS) las decisiones de sanciones y multas impuestas por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, sin que ello implique en ningún caso la suspensión de las mismas.

CAPÍTULO I. SEGURO DE RIESGOS

Art. 185.- Finalidad

El propósito del Seguro de Riesgos Laborales es prevenir y cubrir los daños ocasionados por accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales. Comprende toda lesión corporal y todo estado mórbido que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que presta por cuenta ajena. Incluye los tratamientos por accidentes de tránsito en horas laborables y/o en la ruta hacia o desde el centro de trabajo.

Art. 186.- Política y normas de prevención

La Secretaría de Estado de Trabajo definirá una política nacional de prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, tomando en consideración la seguridad del trabajador, las posibilidades económicas de

Las empresas y los factores educativos y culturales predominantes. Las empresas y entidades empleadoras estarán obligadas a poner en práctica las medidas básicas de prevención que establezca la Secretaría de Estado de Trabajo y/o el Comité de Seguridad e Higiene, quedando la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales facultada para imponer las sanciones que establece la presente ley y sus normas complementarias.

CAPÍTULO II BENEFICIARIOS Y PRESTACIONES

Art. 187.- De los beneficiarios

Son beneficiarios del Seguro de Riesgos Laborales:

- a) El (la) afiliado(a).
- b) Los dependientes señalados a continuación, en caso de pensión de sobrevivencia.
- c) La (el) esposa(o) del afiliado(a) y del(a) pensionado(a) o, a falta de éste(a) la (el) compañera(o) 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 menores de 21 años del afiliado que sean estudiantes.
- d) Los hijos discapacitados, independientemente de su edad, que dependan del afiliado o del pensionado.

Art. 188.- Recurso por inconformidad

Cuando el trabajador no esté conforme con la calificación que del accidente o enfermedad haga el facultativo asignado, tendrá derecho a interponer un recurso de inconformidad de acuerdo a la presente ley y sus normas complementarias.

Art. 189.- Derechos del trabajador afectado

Sin perjuicio de los derechos a indemnización establecidos en la presente ley y el reglamento de Riesgos Laborales, el trabajador afectado por una

Enfermedad profesional tiene el derecho a ser trasladado a otras áreas de trabajo y/o actividades en donde esté libre de los factores o agentes causantes de la enfermedad.

Art. 190.- Riesgos que cubre el Seguro de Riesgos Laborales

El Seguro de Riesgos Laborales comprende:

- a) Toda lesión corporal y todo estado mórbido que el trabajador o aprendiz sufra por consecuencia del trabajo que realiza.
- b) Las lesiones del trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo, salvo prueba en contrario.
- c) Los accidentes de trabajo ocurridos con conexión o por consecuencia de las tareas encomendadas por el empleador, aunque estas fuesen distintas de la categoría profesional del trabajador.
- d) Los accidentes acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo.
- e) Los accidentes de tránsito dentro de la ruta y de la jornada normal de trabajo;
- f) Las enfermedades cuya causa directa provenga del ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le ocasione discapacidad o muerte.

Art. 191.- Riesgos laborales excluidos y no considerados

Para los efectos de la presente ley, no se considerarán riesgos laborales los ocasionados por las siguientes causas:

- a) Estado de embriaguez o bajo la acción de algún psicotrópico, narcótico o droga enervante, salvo prescripción médica.
- b) Resultado de un daño intencional del propio trabajador o de acuerdo con otra persona, o del empleador.
- c) Fuerza mayor extraña al trabajo.
- d) Los accidentes de tránsito fuera de la ruta y de la jornada normal de trabajo.

e) Los daños debido a dolo o a imprudencia temeraria del trabajador accidentado.

Art. 192.- Prestaciones garantizadas

El Seguro de Riesgos Laborales garantizará las siguientes prestaciones:

I. Prestaciones en especie:

- a) Atención médica y asistencia odontológica.
- b) Prótesis, anteojos y aparatos ortopédicos, y su reparación.

II. Prestaciones en dinero:

- a) Subsidio por discapacidad temporal, cuando el riesgo del trabajo hubiese ocasionado una discapacidad temporal para trabajar conforme a lo establecido en el Código de Trabajo.
- b) Indemnización por discapacidad.
- c) Pensión por discapacidad.

Art. 193.- Atención médica, odontológica y otras prestaciones

Las prestaciones médicas comprenderán asistencia médica, general y especializada, mediante servicios ambulatorios, de hospitalización y quirúrgicos; asistencia especializada por profesionales de áreas reconocidas legalmente como conexas con la salud, bajo la supervisión de un profesional de la salud. Además, servicios y el suministro de material odontológico, farmacéutico, o quirúrgico, incluyendo aparatos, anteojos y prótesis, así como su conservación.

Art. 194.- Grados de discapacidad

La discapacidad que otorga el derecho a una indemnización, se clasificará en los siguientes grados:

- a) Discapacidad permanente parcial para la profesión habitual.
- b) Discapacidad permanente total para la profesión habitual.

- c) Discapacidad permanente absoluta para todo trabajo.
- d) Gran discapacidad.

Párrafo. - Se entenderá por profesión habitual la desempeñada normalmente por el trabajador en el momento de sufrir el riesgo del trabajo. En caso de que el trabajador tuviera más de una profesión habitual, predominará la que le dedique mayor tiempo. Las normas complementarias establecerán los grados de discapacidad.

Art. 195.- Indemnización y pensión por discapacidad

El Afiliado tendrá derecho:

- a) A una indemnización o pensión por discapacidad permanente parcial para la profesión habitual, cuando, como consecuencia del riesgo del trabajo, sufriese una disminución permanente no inferior a un medio de su rendimiento normal para dicha profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.
- b) A una pensión por discapacidad permanente total para la profesión habitual cuando, como consecuencia del riesgo del trabajo, quedase inhabilitado permanentemente y por completo para ejercer las tareas fundamentales de dicha profesión u oficio, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.
- c) A una pensión por discapacidad permanente total cuando, como consecuencia del riesgo del trabajo, quedase inhabilitado permanentemente y por completo para ejercer cualquier profesión u oficio, sin poder dedicarse a otra actividad.
- d) A una pensión por gran discapacidad cuando, como consecuencia del riesgo del trabajo, quedase inhabilitado permanentemente de tal naturaleza que necesitase la asistencia de otras personas para los actos más esenciales de la vida.

Párrafo. - Las normas complementarias determinarán las condiciones de calificación para cada una de estas indemnizaciones y pensiones, así como su monto, lo mismo que los motivos de suspensión o de caducidad.

Art. 196.- Monto de las prestaciones económicas

Para los efectos del cálculo de las pensiones e indemnizaciones del Seguro de Riesgos Laborales el salario base será el promedio de las remuneraciones sujetas a cotización de los últimos seis meses al accidente y/o enfermedad profesional. En caso de no haber cotizado durante todo ese período, se calculará la media de los meses cotizados durante el mismo. Las normas complementarias establecerán las indemnizaciones correspondientes observando las siguientes normas: a) Discapacidad superior al quince por ciento (15%) e inferior al cincuenta por ciento (50%): indemnización entre cinco y diez veces el sueldo base;

b) Discapacidad superior al cincuenta por ciento (50%) e inferior al sesenta y siete por ciento (67%): pensión mensual equivalente al cincuenta por ciento (50%) del salario base.

c) Discapacidad igual o superior al sesenta y siete por ciento (67%): pensión mensual equivalente al setenta por ciento (70%) del salario base.

d) Gran discapacidad: pensión mensual equivalente al cien por ciento (100%) del salario base.

e) Pensión a sobrevivientes: cincuenta por ciento (50%) de la pensión percibida al momento de la muerte.

f) Pensión a los hijos menores de 18 años, menores de 21 si son estudiantes, o sin límite de edad en caso de discapacidad total: hasta un veinte por ciento (20%) cada uno, hasta el cien por ciento (100%) de la pensión por discapacidad total.

Párrafo. - Para tener derecho a pensión de sobreviviente el cónyuge deberá ser mayor de 45 años, o discapacitado de cualquier edad y no estar casado. Si es menor de 45 años o vuelve a contraer matrimonio, podrá recibir por una sola vez, el equivalente a dos años de pensión.

Art. 197.- Prescripción de discapacidad

La prescripción de discapacidad temporal podrá ser realizada por un facultativo debidamente autorizado. La discapacidad permanente, parcial o total, deberá ser certificada por dos facultativos debidamente autorizados; el primero, seleccionado por el afiliado y el segundo por la entidad administradora y prestadora del riesgo del trabajo. Las declaraciones de discapacidad serán revisables por agravación, mejoría o error en el diagnóstico. En cualquier caso, durante los primeros diez (10) años contados desde la fecha del diagnóstico de discapacidad, el trabajador discapacitado deberá someterse a examen cada dos años.

GUIA DE PREGUNTAS

1. **La Ley 87-01 define el Seguro Familiar de Salud (SFS) como:**
 - A. Es el seguro que tiene por finalidad la protección integral de la salud física y mental del afiliado y su familia.
 - B. Nuevo Sistema de Salud que protege la familia
 - C. Es el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, suministros y servicios en salud que el SDSS garantiza a sus afiliados.
 - D. Es un Seguro que protege a la familia en Pensiones y Salud.

2. **La Ley 87-01 especifica como una finalidad del Seguro Familiar de Salud (SFS) alcanzar una cobertura:**
 - A. Solo para el sector laboral
 - B. Universal, sin exclusiones por edad, sexo o condición laboral
 - C. Solo para la Clase media
 - D. Cubre a todos los nacionales y extranjeros

3. **Dentro de los Servicios que ofrece el Seguro Familiar de Salud se encuentran:**
 - A. Plan Básico de Salud (PBS), medicamentos y subsidios
 - B. Medicamentos Esenciales
 - C. Subsidios
 - D. Todas las anteriores

4. **Los Regímenes de financiamiento del Seguro Familiar de Salud son:**
 - A. Contributivo
 - B. Subsidiado
 - C. Contributivo-subsidiado
 - D. Todas las anteriores.
 - E. Ninguna de las anteriores

- 5. De los siguientes, ¿A cuáles planes de servicios tienen derecho los afiliados al Seguro Familiar de Salud?**
- A. Plan Básico
 - B. Planes Complementarios
 - C. a y b
 - D. Solo a Plan Ejecutivo
 - E. Todas las anteriores
- 6. ¿A través de cuál de los siguientes regímenes de financiamiento vigentes, tienen derecho a recibir prestaciones en especie y en dinero los afiliados?**
- A. Régimen Subsidiado
 - B. Régimen Contributivo-Subsidiado
 - C. Régimen Contributivo
 - D. Todas las anteriores
- 7. La Ley 87-01 define como Planes Complementarios de Salud:**
- A. Aquellos servicios, actividades, procedimientos o intervenciones que no están incluidos en el Plan Básico de Salud.
 - B. Aquellos servicios pre-pagados a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS/SeNaSa) destinados a cubrir un conjunto de actividades, procedimientos o intervenciones que no están incluidos en el Plan Básico de Salud.
 - C. 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.
 - D. Todas las anteriores
- 8. ¿Cuándo obtiene un extranjero el derecho de disfrutar los beneficios del Seguro Familiar de Salud?**
- A. En el momento que los necesite.
 - B. Después de cumplir cinco (5) años residiendo en el país.
 - C. Después de obtener su residencia legal.
 - D. Ninguna de las anteriores.

9. **¿Cuál de los siguientes regímenes de financiamiento del SDSS inició la prestación de servicios en noviembre del 2002?**
- A. Contributivo
 - B. Subsidiado
 - C. Contributivo Subsidiado
 - D. Todas las anteriores
10. **¿A través de cuál de los siguientes seguros, son cubiertos los accidentes de trabajo sufridos por los afiliados al SDSS?**
- A. Seguro Familiar de Salud
 - B. Plan Básico de Salud
 - C. Seguro de Riesgos Laborales
 - D. Todas las anteriores
 - E. Ninguna de las anteriores
11. **Las Prestadoras de Servicios de Salud tienen entre sus obligaciones:**
- A. Brindar a los afiliados la atención oportuna, solo de emergencias.
 - B. Satisfacer las necesidades de salud de los afiliados de planes privados
 - C. Entregar servicios no importando la condición de calidad a los usuarios del SDSS.
 - D. Brindar a los afiliados atención oportuna, entregar servicios con calidad y calidez.
12. **¿Cuáles de estos servicios NO están incluidos en el Plan Básico de Salud (PBS)?**
- A. Tratamiento para enfermedades mentales
 - B. Tratamiento de enfermedades del corazón
 - C. Tratamientos reconocidos por las asociaciones médico científicas
 - D. Tratamiento de infertilidad
13. **¿Cuál es la única entidad con autoridad para hacer modificaciones a la Ley 87-01?**
- A. El Congreso Nacional
 - B. El CNSS
 - C. La SISALRIL
 - D. La DIDA

14. ¿Cuál es la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS)?

- A. La Ley 42-01
- B. La Ley 87-01
- C. La Ley 14-91
- D. La Ley 60-95

15. ¿Quiénes son los beneficiarios del Régimen Contributivo?

- A. Los trabajadores que devengan el salario mínimo cotizable.
- B. El trabajador afiliado, su cónyuge, sus hijos menores de 18 años, sus hijos hasta 21 años cuando sean estudiantes, sus hijos discapacitados y trabajadores pensionados.
- C. Los empleados del sector público, las industrias y las zonas francas.
- D. Todas las anteriores.

16. ¿Quiénes son los beneficiarios del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo-Subsidiado?

- A. Los extranjeros y empleados públicos.
- B. Los trabajadores independientes y trabajadores domiciliarios.
- C. Toda la población trabajadora que devenga un sueldo por debajo del salario mínimo cotizable.
- D. Los empleados de la Industria y las Zonas francas

17. ¿Qué regula la resolución 154-08?

- A. La tramitación de los subsidios.
- B. Traspaso por reunificación del núcleo familiar.
- C. Traspaso entre ARS del régimen contributivo.
- D. Ninguna de las anteriores.

18. ¿Cuáles de las siguientes prestaciones son cubiertas por los Regímenes Contributivo Subsidiado y Subsidiado?

- A. Plan Básico de Salud
- B. Subsidios por enfermedad
- C. Subsidio por maternidad
- D. Todas las anteriores.

19.¿Cuál es el monto de Salario Mínimo Cotizable para el SDSS?

- A. RD\$ 19,449.75
- B. RD\$ 17,873.00
- C. RD\$ 18,702.00
- D. RD\$ 9,855.00

20.Se define como el Seguro del Sistema Dominicano de Seguridad Social que tiene por finalidad la protección integral de la salud física y mental del afiliado y su familia:

- A. Seguro de Riesgos Laborales
- B. Seguro Familiar de Salud
- C. Seguros de Pensiones
- D. Ninguna de las Anteriores

21.¿Cuáles de las siguientes prestaciones del Seguro Familiar de Salud son cubiertas por los Regímenes Subsidiado y Contributivo-Subsidiado?

- A. Planes Complementarios
- B. Plan Ejecutivo
- C. Plan Básico de Salud
- D. Todas las anteriores

22.¿Es aquella ARS donde se encuentra afiliado el núcleo familiar que solicita traspasarse de ARS?

- A. ARS de autogestión
- B. ARS destino
- C. ARS origen
- D. Todas las anteriores

23.¿Cuál entidad es la responsable de la fiscalización de las Estancias Infantiles a partir de la promulgación de la ley 397-19?

- A. SISALRIL
- B. CONANI
- C. CONDEI
- D. DIDA

24.¿Qué institución estará a cargo de la prestación de los servicios de Estancias Infantiles?

- A. INAPI
- B. CONANI
- C. SISALRIL
- D. DIDA

25.¿Cuál es la distribución porcentual establecida por el SFS para cubrir los medicamentos ambulatorios para el Régimen Subsidiado?

- A. 50% el SFS y 50% el beneficiario
- B. 100% el SFS
- C. 60% el SFS y 40% el beneficiario
- D. 100 % el beneficiario

26.¿De las siguientes instituciones señale a cuál le corresponde formular las Políticas, Normas y Procedimientos para la creación, diseño, construcción, habilitación, equipamiento y operación de las Estancias Infantiles según la modificación de la ley 87-01 de fecha 30 de septiembre del 2019?

- A. SISALRIL
- B. CONDEI
- C. CONANI
- D. CNSS

27.¿Cuál es la institución encargada por ley para supervisar, controlar, evaluar y fiscalizar el funcionamiento de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y del Seguro Nacional de Salud (SeNaSa)?

- A. Superintendencia de Seguros
- B. Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales
- C. Superintendencia de Bancos
- D. Superintendencia de Pensiones

28.¿Cómo se llama la suma de los intereses devengados por un intermediario por ventas de primas?

- A. Cobro
- B. Comisión
- C. Incentivo
- D. Honorarios

29.¿Cuál es el tiempo de vigencia de la Certificación de Promotor otorgada por SISALRIL?

- A. Un año
- B. Dos años
- C. Tres años
- D. No vence nunca

30.¿Una póliza colectiva de seguros cubre los riesgos?

- A. De una persona
- B. De todo el personal de una empresa o institución.
- C. De una familia
- D. Todas las anteriores

31.¿Cuál es la distribución porcentual establecida por el SFS para cubrir los medicamentos ambulatorios para los Regímenes Contributivo y Contributivo-Subsidiado?

- A. 70% el SFS y 30% el beneficiario
- B. 30% el SFS y 70% el beneficiario
- C. 50% el SFS y 50% el beneficiario
- D. 100% el beneficiario

32.¿Qué entidad tiene entre sus funciones preservar el derecho de los beneficiarios del SDSS a ser asesorados en sus recursos amigables o contenciosos por denegación de prestaciones, según la ley 87-01?

- A. SISALRIL
- B. CNSS
- C. DIDA
- D. IDSS

33.¿Quién es el responsable de elegir la ARS/SeNaSa que le brindará los servicios de SFS como afiliado al Régimen Contributivo?

- A. El Empleado
- B. El Empleador
- C. El área de Recursos Humanos de la Institución
- D. El Presidente o Director General de la Institución

34. De las siguientes, ¿Cuáles son razones válidas para que un afiliado sea rechazado o se le cancele la afiliación al Seguro Familiar de Salud?

- A. Edad y sexo
- B. Razones de Salud
- C. Razones Laborales
- D. Ninguna de las anteriores

35. ¿Cuáles de estos forman parte de los 12 Grupos de servicios y procedimientos que contiene el Plan Básico de Salud (PBS)?

- A. Prevención y Promoción de Atención Estética, Atención en Cirugías de este tipo
- B. Atención especializada en infertilidad, y tratamientos complejos de la misma
- C. Fisioterapia y rehabilitación, incluyendo aparatos, prótesis médicas y asistencia técnica
- D. Ninguna de las anteriores.

36. ¿Cuáles son los niveles de complejidad para la prestación del Plan Básico de Salud (PBS)?

- A. Primer nivel de atención
- B. Segundo nivel o de especialidades básicas ambulatorias y hospitalarias.
- C. Nivel de atención a las enfermedades de alta complejidad y de alto costo o Tercer Nivel.
- D. Todas las anteriores.

37. ¿Cuál de estos servicios puede demandar el afiliado y su familia inmediatamente se inscriba o afilie en una ARS/SeNaSa?

- A. Enfermedades catastróficas o de alto costo y complejidad.
- B. Servicios de Rehabilitación
- C. Solo Emergencias
- D. Todas las anteriores

38.¿Cuánto tiempo debe esperar un afiliado para demandar los servicios contemplados en el PDSS, excepto las emergencias?

- A. 20 días después de la afiliación
- B. 15 días después de la afiliación
- C. 30 días después de la afiliación
- D. Todas las anteriores

39.¿Durante que tiempo después de la desafiliación, por cese de su relación laboral, el trabajador y su familia pueden disfrutar de los beneficios del PBS?

- A. 45 días más a partir de la fecha de desafiliación
- B. 60 días más a partir de la fecha de desafiliación
- C. 30 días más a partir de la fecha de desafiliación
- D. 48 días más a partir de la fecha de desafiliación

40.¿A cuáles de estos servicios tendrán derecho el afiliado y su familia durante el periodo de conservación temporal establecido en el art. 124 de la Ley 87-01?

- A. Las emergencias
- B. Sólo servicios del primer nivel de atención
- C. Aquellas enfermedades que venían en curso de tratamiento, que no sean de Alto Costo
- D. Emergencias, servicios de consultas y continuidad de tratamiento para enfermedades en curso

41.¿Cuándo un afiliado quede privado de un trabajo remunerado, según el art. 124 de la Ley 87-01, que debe hacer?

- A. Solicitar una evaluación de su situación a fin de determinar en cuál régimen califica.
- B. Solicitar la afiliación a SeNaSa
- C. Dirigirse a la DIDA
- D. Todas las anteriores.

42. Cuando un ciudadano supera los 60 días sin estar cotizando al sistema, ¿Quién se hace responsable del pago si él o su núcleo familiar requiere atenciones de salud?

- A. El afiliado
- B. SISALRIL
- C. CNSS
- D. DIDA

43. Los períodos mínimos de afiliación exigidos para acceder al tratamiento de enfermedades o procedimientos definidos como de alto costo y complejidad nunca deben ser:

- A. Superiores a 8 meses continuos o 16 discontinuos.
- B. Superiores a 12 meses continuos o 18 discontinuos.
- C. Superiores a 4 meses continuos u 8 discontinuos.
- D. Ninguna de las anteriores.

44. ¿Qué cobertura ofrece el PDSS/PBS a un afiliado en casos de hospitalización?

- A. Habitación, medicamentos e insumos
- B. Laboratorios, Rayos X y Estudios Diagnósticos Especiales
- C. Honorarios Profesionales
- D. Todas las anteriores.

45. ¿Qué cobertura otorga el Plan Básico de Salud a una afiliada durante el embarazo y el parto?

- A. Parto Normal o Cesárea
- B. Consulta prenatal y Atención al Recién Nacido
- C. Todas las anteriores
- D. Ninguna de las anteriores

45 ¿Cuáles Regímenes del SDSS ofrecen la cobertura del Plan Básico de Salud (PBS)?

- A. Subsidiado
- B. Contributivo-Subsidiado
- C. Contributivo
- D. Todas las anteriores.

- 46 ¿Quién Preside el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS)?**
- A. El Superintendente de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)
 - B. El Ministro de Trabajo
 - C. El Ministro de Salud Pública
 - D. El Director/a de la Dirección General de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA)
- 47 ¿Cuál es la entidad del SDSS encargada de emitir las resoluciones conteniendo las normas y procedimientos relativos a los promotores de Seguros de Salud?**
- A. El CNSS
 - B. DIDA
 - C. SISALRIL
 - D. TSS
- 48 De las siguientes, ¿Cuáles son responsabilidades de las ARS/SeNaSa?**
- A. Promover la afiliación
 - B. Administrar riesgos
 - C. Organizar y garantizar servicios.
 - D. Todas las anteriores.
- 49 ¿Cuáles entidades del SDSS cuentan con autorización para ofertar Planes Complementarios de Salud?**
- A. Administradoras de Riesgos de Salud (ARS)/ SeNaSa.
 - B. La DIDA
 - C. La SISALRIL
 - D. Ninguna de las anteriores
- 50 ¿Cuál es la entidad encargada de someter al Poder Ejecutivo el anteproyecto de decretos para iniciar la ejecución de los Regímenes Contributivo, Contributivo-Subsidiado y Subsidiado, en los plazos establecidos?**
- A. SISALRIL
 - B. CNSS
 - C. TSS
 - D. DIDA

51 ¿Cuál es la entidad encargada de establecer los criterios e indicadores económicos y sociales para definir e identificar la población que estará protegida por los Regímenes Subsidiado y Contributivo- Subsidiado?

- A. TSS
- B. CNSS
- C. SISALRIL
- D. SIUBEN

52 ¿Cuál es la entidad encargada de velar por la inscripción oportuna de todos los afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS)?

- A. MISPAS
- B. SeNaSa
- C. DIDA
- D. CNSS

53 ¿Cuál de estas instituciones es la responsable de establecer las políticas orientadas a la protección integral y al bienestar general de la población?

- A. SISALRIL
- B. TSS
- C. CNSS
- D. SeNaSa

54 ¿Cuál de estas entidades tiene bajo sus funciones conocer y/o revisar los reglamentos dispuestos y someterlos a la aprobación del Poder Ejecutivo?

- A. CNSS
- B. TSS
- C. Ministerio de Trabajo
- D. SISALRIL

55 ¿Cuál es la entidad responsable de preservar el equilibrio y desarrollo del Sistema Dominicano de Seguridad Social?

- A. MISPAS
- B. SISALRIL
- C. CNSS
- D. DIDA

56 ¿Qué entidad del SDSS establece las metas intermedias que, en forma gradual y progresiva, deberá cumplir cada una de las instituciones participantes durante el período de transición de la Ley 87-01?

- A. CNSS
- B. IDOPPRIL
- C. SeNaSa
- D. SISALRIL

57. ¿Cuál es la entidad responsable de gestionar ante el Estado Dominicano la ejecución gradual de servicios sociales para facilitar el acceso a los mismos a los jubilados y pensionados del (SDSS)?

- A. CNSS
- B. SISALRIL
- C. SENASA
- D. TSS

58. ¿Qué entidad del SDSS es la encargada de aprobar el catálogo de servicios que debe cubrir el Plan Básico de Salud?

- A. TSS
- B. DIDA
- C. CNSS
- D. SISALRIL

59.¿Qué entidad se encarga de aprobar el cuadro básico de medicamentos propuesto para el PBS?

- A. CNSS
- B. SESPAS
- C. SISALRIL
- D. SeNaSa

60.¿Qué entidad del SDSS reglamenta los Planes Complementarios de Salud, según el art 133 de la Ley 87-01?

- A. SISALRIL
- B. SIPEN
- C. CNSS
- D. DIDA

61.¿Cuál es la entidad encargada de otorgar el Número de Seguridad Social (NSS) a los afiliados al SDSS?

- A. CNSS
- B. TSS
- C. SISALRIL
- D. DIDA

62.¿Con qué frecuencia los afiliados al SFS podrán traspasarse de ARS si lo estiman conveniente?

- A. Una vez por año
- B. Dos veces al año
- C. Cada tres años
- D. Cada cuatro años

63.¿Cuál es la entidad del SDSS encargada de aprobar el monto del per cápita a ser pagado por la Tesorería de la Seguridad Social a las ARS/SeNaSa?

- A. CNSS
- B. SeNaSa
- C. SISALRIL
- D. TSS

64.¿Cuál es la persona responsable de ejecutar los acuerdos y resoluciones emitidos por el Consejo Nacional de la Seguridad Social?

- A. Gerente General del CNSS
- B. Presidente del CNSS
- C. Director Ejecutivo de la DIDA
- D. Superintendente de la SISALRIL

65.¿Qué entidad del SDSS es la responsable de proponer al Consejo Nacional de la Seguridad Social el costo, los componentes y la revisión periódica del Plan Básico de Salud?

- A. SeNaSa
- B. DIDA
- C. SISALRIL
- D. Ninguna de las anteriores

66.¿Qué entidad del SDSS se encarga de asistir a los afiliados en la información sobre sus derechos y deberes para hacer efectiva su protección?

- A. SeNaSa
- B. SISALRIL
- C. CNSS
- D. Ninguna de las anteriores

67.Entidad que establece y aplica los requerimientos que las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) deben cumplir para poder establecer contratos de gestión con las ARS

- A. SISALRIL
- B. MISPAS
- C. CNSS
- D. DIDA

68.Entidad del SDSS que otorga la certificación de habilitación a las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS)

- A. CNSS
- B. MISPAS
- C. DIDA
- D. SISALRIL

69.Entidad del SDSS que depura, concilia y paga las facturas a las ARS/SeNaSa por concepto del cuidado de salud de los afiliados.

- A. SISALRIL
- B. TSS
- C. DIDA
- D. MISPAS

70.¿Qué entidad es responsable de contratar y articular a las PSS públicas y privadas para poder ofrecer el PBS?

- A. CNSS
- B. ARS/SeNaSa
- C. MISPAS
- D. SISALRIL

- 71. Entidad que tiene la obligación de rendir un informe mensual al CNSS sobre la situación financiera del SDSS.**
- A. DIDA
 - B. TSS
 - C. SIPEN
 - D. SISALRIL
- 72. Entidad a la que corresponde administrar la asignación del per cápita establecido por el CNSS.**
- A. SISALRIL
 - B. TSS
 - C. ARS/SeNaSa
 - D. MISPAS
- 73. Entidad encargada de informar diariamente al Consejo Nacional de la Seguridad Social y a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales sobre el flujo de fondos.**
- A. TSS
 - B. SeNaSa
 - C. DIDA
 - D. MISPAS
- 74. Entidad del SDSS responsable de establecer y coordinar las acciones de servicios preventivos de carácter general encaminadas a la protección de la salud de la población.**
- A. SISALRIL
 - B. SeNaSa
 - C. DIDA
 - D. MISPAS
- 75. Entidad del SDSS que regula y establece las condiciones mínimas de contrato entre ARS/SeNaSa y PSS.**
- A. MISPAS
 - B. TSS
 - C. SISALRIL
 - D. CNSS

76. Entidad responsable de revisar y establecer las tarifas mínimas de honorarios profesionales.

- A. CNSS
- B. MISPAS
- C. TSS
- D. SISALRIL

77. Entidad encargada de aprobar los Planes Complementarios ajustados a las normativas vigentes.

- A. DIDA
- B. SeNaSa
- C. SISALRIL
- D. MISPAS

78. Las enfermedades crónicas sobre las que se aplican períodos mínimos de cotización son definidas por:

- A. SISALRIL
- B. MISPAS
- C. IDOPPRIL
- D. CNSS

79. Se define como el aporte de dinero que realiza el afiliado del Régimen Contributivo al adquirir medicamentos ambulatorios del PBS

- A. Servicios Complementarios
- B. Copago
- C. Planes Complementarios
- D. Cuota Moderadora

80. ¿Qué entidad procesa las informaciones sobre afiliados, así como la recaudación, clasificación y distribución de pagos en el SDSS?

- A. SISALRIL
- B. DIDA
- C. TSS
- D. UNIPAGO

81.¿Qué entidad del sistema es la encargada de realizar el pago de subsidios a las afiliadas al Régimen Contributivo en casos de licencia por maternidad y lactancia?

- A. UNIPAGO
- B. CNSS
- C. SISALRIL
- D. TSS

82.¿A quién corresponde realizar el pago de prestaciones en dinero a un beneficiario del Régimen Contributivo que al momento de solicitarlo se encuentre en licencia médica y en mora, según el art 203 de la Ley 87-01?

- A. El empleador
- B. UNIPAGO
- C. SISALRIL
- D. Ninguna de las anteriores

83.¿Bajo qué condición un afiliado puede solicitar traspaso sin tener las 12 cotizaciones consecutivas dentro del plazo de 90 días?

- A. Cambio por empezar a cotizar
- B. Traspaso por fusión o adquisición de carteras
- C. Cambio de excepción
- D. Ninguna de las anteriores

84.¿Cuál es la entidad autorizada para certificar la discapacidad de los dependientes del titular afiliado al régimen contributivo?

- A. Colegio Médico Dominicano
- B. ARS
- C. Comisión Médica Regional
- D. CNSS

85.¿Con cuántos días cuenta la ARS origen para presentar su objeción a una solicitud de traspaso hecha por un afiliado?

- A. 5 días hábiles
- B. 10 días calendario
- C. 60 días
- D. 15 días calendario

86.Para optar por el derecho a traspaso por libre elección, ¿Cuántas cotizaciones consecutivas al sistema deben haber efectuado el afiliado?

- A. 30 cotizaciones
- B. 60 cotizaciones
- C. 15 cotizaciones
- D. 12 cotizaciones

87.Entidad encargada de notificar a la ARS receptora si la solicitud de traspaso por libre elección hecha por un afiliado, procede o no

- A. EPBD UNIPAGO
- B. TSS
- C. SISALRIL
- D. CNSS

88.Son considerados dependientes adicionales de un afiliado titular del Régimen Contributivo, según el grado de consanguinidad en línea directa y colateral:

- A. El o la cónyuge o compañero (a) de vida.
- B. Los hijos menores de 18 años
- C. Los hijos hasta 21 años estudiantes.
- D. Los padres que dependen económicamente de él.

89.ARS encargada de afiliar de manera exclusiva a los empleados y dependientes de las instituciones o miembros del gremio para la que fueron habilitadas

- A. ARS Privada
- B. ARS Pública Autónoma
- C. ARS de Autogestión o Auto administrada
- D. ARS Mixtas

90. En la actualidad, ¿Cuál es el % total de las aportaciones mensuales para cubrir el SFS del Régimen Contributivo?

- A. 0.1
- B. 0.1013
- C. 0.0304
- D. Ninguna de las anteriores

91. ¿Qué Ley del Poder Ejecutivo modifica el artículo 140 de la Ley 87-01 en lo relativo al costo y financiamiento del Régimen Contributivo?

- A. Ley 41-17
- B. Ley 42-01
- C. Ley 126-71
- D. Ley 188-07

92. A partir de septiembre 2009, ¿Cuál es el aporte porcentual mensual del empleado afiliado al Régimen Contributivo para cubrir el costo del SFS?

- A. 0.0658
- B. 0.0256
- C. 0.0304
- D. 0.0667

93. ¿Cuándo el afiliado solicita su traspaso de una ARS a otra, durante el periodo de dispersión del afiliado, a cuál ARS debe ser asignada la cápita del mismo?

- A. ARS de Origen
- B. Ambas ARS
- C. ARS de Destino
- D. Ninguna de las anteriores

94.¿Cuál es el costo establecido para la cápita mensual por afiliado para cubrir los servicios del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo?

- A. RD\$ 1,555.14
- B. RD\$ 1,190.12
- C. RD\$ 2,576.10
- D. Ninguna de las anteriores

95.En la actualidad ¿Cuál es el aporte porcentual mensual del empleador, para cubrir el Régimen Contributivo del SFS?

- A. 0.0667
- B. 0.0286
- C. 0.0767
- D. 0.0709

96.¿Qué resolución regula el traspaso ordinario?

- A. Resolución 553- 03
- B. Resolución 167-2009
- C. Resolución 87-01
- D. Resolución 154-2008

97.Cómo se denomina el aporte en dinero que los afiliados de los regímenes Contributivo y Contributivo-Subsidiado realizan al utilizar los servicios de atención ambulatoria, Específicamente consultas médicas generales y especializadas cubiertas por el PDSS.

- A. Cuota Pendiente
- B. Cuota Opcional
- C. Cuota Adicional
- D. Cuota Moderadora Fija

98.¿Cuál es el tiempo máximo en que las ARS conservarán la antigüedad de sus afiliados para fines de derecho a servicios consignados con períodos de carencia, sin que se haya efectuado ningún pago por parte de los empleadores?

- A. Máximo 2 meses
- B. Máximo 6 meses
- C. Máximo 1 año
- D. Durante los meses que se tome el empleador para ponerse al día en los pagos

99.¿En qué condiciones el afiliado perderá la antigüedad obtenida para fines de derecho a servicios consignados con períodos de carencia y deberá iniciar nuevamente los períodos de Carencia establecidos?

- A. Si el empleador no realiza los pagos a la TSS por más de 6 meses
- B. Si el empleador no realiza el pago durante 2 meses
- C. Si el empleador no realiza los pagos a la TSS por más de 65 días
- D. Si el empleador se retrasa más de 5 días en hacer el pago correspondiente al mes en que ocurre el evento.

100.Entidad del SDSS responsable de dictar las normas mínimas para establecer los criterios de dependencia económica, según el art 123 de la Ley 87-01.

- A. ARS/SeNaSa
- B. CNSS
- C. DIDA
- D. SISALRIL

101.¿Cuál es la duración del período de conservación temporal, que concede a los afiliados, privados de un trabajo remunerado, el derecho a las prestaciones de salud en especie?

- A. 75 días
- B. 30 días
- C. 60 días
- D. Sin límite de tiempo

102. ¿En cuáles casos se efectúa la Afiliación Automática?

- A. Cuando hayan transcurrido 10 días desde el ingreso de los aportes que corresponden al SFS y no se haya seleccionado ARS
- B. Cuando hayan transcurrido 30 días desde el ingreso de los aportes que corresponden al SFS y no se haya seleccionado ARS
- C. Inmediatamente se reciban los aportes correspondientes
- D. Cuando el empleado devengue salario mínimo

103. ¿Cuál de estos casos origina movimientos del Núcleo Familiar?

- A. Matrimonio entre afiliados al SDSS de diferentes ARS y Divorcio de cónyuges o Compañeros de vida
- B. Dependientes que cumplen 18 o 21 años de edad
- C. Fallecimiento del Titular
- D. Todas las anteriores

104. ¿Cuál de las siguientes prestaciones se encuentra entre las que debe cubrir el Régimen Contributivo?

- A. Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia
- B. Seguro Familiar de Salud
- C. Seguro de Riesgos Laborales por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
- D. Todas las Anteriores

105. ¿Es derecho del empleador firmar pactos o convenios colectivos que incluyan prestaciones superiores a las otorgadas por el Sistema Dominicano de Seguridad Social?

- A. Cierto
- B. Falso
- C. Indeterminado
- D. Ninguna de las anteriores

106. ¿Cuál es el límite de cobertura de habitación hospitalaria, por persona, por día, para afiliados al SFS, en la actualidad?

- A. Del 100% hasta RD\$ 1,200.00 y 90% en el exceso de RD\$ 1,200.00 hasta RD\$ 1,800.00
- B. Del 80% hasta RD\$ 1,200.00 y 60% en el exceso de RD\$ 1,200.00 hasta RD\$ 1,800.00
- C. Del 50% hasta RD\$ 1,200.00 y 50% en el exceso de RD\$ 1,200.00 hasta RD\$ 1,800.00
- D. De RD\$2,040 por día

107. ¿Cuál es la cobertura para Servicios Odontológicos aprobados por el PDSS según la resolución 149-2008?

- A. Cobertura de 80% y Copago de 20%
- B. Cobertura de 70% y Copago de 30%
- C. Cobertura de 50% y Copago de 50%
- D. Cobertura de 100

108. Entidad del SDSS encargada de establecer los requisitos que deben cumplir los programas de capacitación de promotores de salud

- A. SISALRIL
- B. SeNaSa
- C. CONDEI
- D. Ninguna de las anteriores

109. ¿Cuál de las siguientes se encuentra entre las obligaciones de las Administradoras de Riesgos de Salud?

- A. Organizar y garantizar la prestación de los servicios del Plan Básico de Salud
- B. Informar y educar a los usuarios para el uso racional del sistema
- C. Establecer procedimientos de garantía de calidad para la atención de los usuarios
- D. Todas las anteriores

110. En casos de accidentes de Tránsito, ¿Quién debe cubrir los gastos incurridos por la atención del accidentado?

- A. El accidentado
- B. ARS/SeNaSa
- C. Fondo Nacional de Accidentes de Tránsito
- D. IDOPPRIL

111. ¿Cuál es el tope máximo de cobertura de medicamentos ambulatorios por año, para los Afiliados del régimen contributivo?

- A. RD\$ 5,000.00
- B. RD\$ 8,000.00
- C. RD\$ 25,000.00
- D. Ninguna de las anteriores

112. ¿En qué condiciones se otorgará el subsidio por enfermedad no profesional a los afiliados del Régimen Contributivo?

- A. Siempre que hayan cotizado durante los últimos doce meses anteriores a la incapacidad
- B. Siempre que hayan cotizado durante los últimos veinticuatro meses anteriores a la incapacidad
- C. Siempre que hayan cotizado durante los últimos seis meses anteriores a la incapacidad
- D. Sin importar el número de cotizaciones que haya realizado al momento de enfermar

113. ¿Cuál es el mínimo de cotizaciones que deberá haber realizado la afiliada al Régimen contributivo para tener derecho al subsidio por maternidad?

- A. 8 meses del período comprendido en los 12 meses anteriores a la fecha de alumbramiento
- B. 10 meses del período comprendido en los 12 meses anteriores a la fecha de alumbramiento
- C. 6 meses del período comprendido en los 12 meses anteriores a la fecha de alumbramiento
- D. Sin importar el número de cotizaciones que haya realizado al momento del parto

114. De las siguientes, ¿Cuál figura como condición para obtener el derecho a subsidio por Maternidad?

- A. Que la madre no ejecute ningún trabajo remunerado durante el período en que recibe el subsidio
- B. Que la madre tenga períodos de al menos dos años entre un embarazo y otro
- C. Que la madre no haya recibido ningún otro subsidio anterior al embarazo
- D. Ninguna de las anteriores

115. ¿Qué duración tiene el subsidio por lactancia al que tienen derecho los hijos de madres Pertenecientes al Régimen Contributivo?

- A. 24 meses
- B. 12 meses
- C. 6 meses
- D. Ninguna de las anteriores

116. ¿Cuál es el límite de salario cotizante que se establece para el cálculo del aporte al SFS?

- A. 30 salarios mínimos
- B. 10 salarios mínimos
- C. 15 salarios mínimos
- D. No existe límite de salario cotizante

117. Entidad del Sistema Dominicano de Seguridad Social responsable de las actuaciones de los Promotores de Salud.

- A. SISALRIL
- B. CNSS
- C. ARS/SeNaSa
- D. El promotor mismo

118. ¿Quién debe cubrir los costos de atenciones derivadas de enfermedades cuya causa directa provenga del ejercicio de la profesión u oficio y que ocasione al trabajador discapacidad o muerte?

- A. SISALRIL
- B. El Empleador
- C. El Seguro de Riesgos Laborales
- D. Todas las anteriores

119. Se define como un número compuesto por 8 dígitos consecutivos, más un dígito verificador, que será compatible con el registro de la cédula de identidad y electoral y que fungirá como Número de identificación para el afiliado inscrito en el SDSS

- A. Número de Seguridad Social
- B. Número de afiliado
- C. Número de Póliza
- D. Ninguna de las anteriores

120. ¿Quién se encarga de emitir el informe de maternidad con el que se tramitará el subsidio por maternidad?

- A. La ARS en que se encuentre afiliada
- B. La empleada embarazada
- C. El empleador
- D. El médico tratante o la PSS

121. Durante los primeros ocho meses de vigencia de la entrega del subsidio por maternidad, será obviada la exigencia que indica que la afiliada debe haber cotizado un período mínimo de ocho meses comprendido en los doce meses anteriores a la fecha de parto.

- A. Cierto
- B. Falso
- C. Indeterminado
- D. Ninguna de las anteriores

122.¿De qué forma el empleador registrará como novedad al SDSS, el estado de embarazo de la trabajadora afiliada y los datos contenidos en el "Informe de maternidad"?

- A. A través de su promotor de salud
- B. A través un formulario que debe ser entregado a la ARS a la que está afiliada la empleada
- C. A través de un formulario electrónico disponible en la oficina virtual de la SISALRIL.
- D. A través de un familiar responsable que se hará cargo del cobro del subsidio

123.¿Cómo se realizará el pago del subsidio por maternidad a la trabajadora afiliada al Régimen Contributivo?

- A. Lo realizará el empleador a través de la nómina, debiendo la SISALRIL reembolsar dicho pago.
- B. La SISALRIL dispondrá de oficinas en todo el país para la entrega de los subsidios por maternidad La SISALRIL enviará mensualmente el pago a la PSS donde la afiliada se desembarace y ésta recibirá el pago cuando asista a las citas médicas.
- C. La SISALRIL pagará a la ARS en la que está afiliada la empleada y ésta será la responsable de entregar a domicilio el pago del subsidio, ya que cada ARS conoce el domicilio de sus afiliados
- D. La afiliada recibirá el pago directamente a una cuenta creada por la SISALRIL.

124.¿Quién recibirá el pago del subsidio por maternidad en caso de que la afiliada fallezca antes de terminar su licencia?

- A. Se depositará en una cuenta a nombre del recién nacido y éste lo cobrará cuando cumpla la mayoría de edad
- B. Se acreditará a la AFP donde estuvo afiliada la trabajadora
- C. Se depositará en una cuenta a favor de la persona que la afiliada haya designado en el Informe de Maternidad
- D. Ninguna de las anteriores

125. ¿Qué documento legal es imprescindible para realizar la solicitud del Subsidio por Lactancia?

- A. El resumen del parto firmado por el médico tratante
- B. Un acta notarial, firmada por 3 testigos, que certifique el alumbramiento
- C. El acta de nacimiento del recién nacido
- D. No habrá necesidad de presentar ningún documento legal

126. ¿Una empleada que haya perdido su embarazo, tendrá derecho a recibir el subsidio por Maternidad, siempre que la pérdida se produzca después de qué tiempo de embarazo?

- A. Después de haber cumplido 22 semanas de embarazo
- B. Después de haber cumplido 36 semanas de embarazo
- C. Sin importar el tiempo de embarazo siempre que haya reportado su estado a través del informe de maternidad.
de maternidad
- D. Si pierde el embarazo, pierde el derecho al subsidio sin importar el tiempo

127. Se define como "Documento expedido por el médico tratante de la trabajadora afiliada, donde se registran las informaciones pertinentes sobre su embarazo, fecha y lugar probable de parto y nombre y cédula de la persona que la madre designe para recibir el subsidio en caso de su fallecimiento.

- A. Informe de Maternidad
- B. Solicitud de Subsidio por Maternidad
- C. Historia Clínico de embarazo
- D. Ninguna de las anteriores

128. Se define como el pago en dinero a los hijos menores de un año de las trabajadoras afiliadas al Régimen Contributivo que perciban un salario menor o igual a 3 salarios mínimos nacionales

- A. Subsidio por Maternidad
- B. Subsidio por Lactancia
- C. Programa de Solidaridad para menores de un año
- D. Ninguna de las anteriores

129. ¿Qué ocurre si una vez agotado el período de descanso por maternidad, la beneficiaria Continúase necesitando asistencia o se encontrase incapacitada para el trabajo?

- A. Continuará el pago del subsidio por maternidad, hasta que cesen las condiciones que le impidan a la empleada volver al trabajo
- B. El empleador se hará cargo del pago del sueldo íntegro a la empleada
- C. Cesará la obligación de suministrarle el subsidio por maternidad y se iniciará el suministro de subsidio por incapacidad.
- D. Ninguna de las anteriores

130. En caso de fallecimiento del menor beneficiario del subsidio por lactancia, ¿Qué ocurre con el pago del subsidio?

- A. Se continúa el pago a la madre hasta cumplir los 12 meses de subsidio
- B. Se suspende el subsidio
- C. Dependerá de las causas de fallecimiento del menor
- D. Ninguna de las anteriores

131. En caso de fusión o adquisición de carteras entre ARS, los afiliados titulares de la ARS adquirida tendrán un plazo en el que podrán solicitar su traspaso a otra ARS, sin necesidad de contar con 12 cotizaciones. ¿De cuánto tiempo es dicho plazo?

- A. 90 días calendario, a partir de la fecha de ejecución de la fusión o adquisición de la cartera
- B. 60 días calendario, a partir de la fecha de ejecución de la fusión o adquisición de la cartera
- C. 90 días calendario a partir de que el afiliado notifique que se ha enterado de la fusión
- D. 6 meses a partir de la notificación de fusión

132. ¿Qué entidad es responsable de notificar al afiliado la fecha de efectividad del traspaso, en Caso de que haya sido aprobado?

- A. TSS
- B. Unipago
- C. SISALRIL
- D. ARS destino

133. Entidad encargada de enviar a la EPBD-UNIPAGO y a la SISALRIL la información, indicando que el afiliado titular o alguno de sus dependientes que solicitan traspaso voluntario, tiene alguna condición que impida el traspaso

- A. La empresa para la que labora el afiliado
- B. ARS Destino
- C. ARS de Origen
- D. El afiliado debe personalmente presentar evidencias firmadas por su médico tratante y un notario público

134. Para los casos en que el traspaso voluntario de ARS proceda, ¿A partir de qué fecha será Efectivo el cambio?

- A. A partir del primer día del mes subsiguiente de la solicitud, una vez cumplido los 30 días calendario del preaviso
- B. A partir de 45 días, luego de la solicitud
- C. A partir de 45 días, luego de que el CNSS haya determinado que el solicitante no tiene
- D. Dependerá de la celeridad con que se complete la información necesaria para evaluar la solicitud

135. En casos de traspaso voluntario de ARS, en qué tiempo luego de ser notificada, debe la ARS Destino hacer entrega de los carnets al afiliado titular y a todos sus dependientes

- A. En un plazo no mayor de 90 días calendario
- B. En un plazo no mayor de 15 días calendario
- C. El plazo dependerá del tiempo que tarde el afiliado titular en entregar la documentación necesaria
- D. No se ha establecido un plazo al respecto

136. ¿En qué tiempo, luego de aprobado el traspaso voluntario de ARS, puede el afiliado titular solicitar los servicios de salud?

- A. Luego de 30 días de haber sido notificado por la ARS Destino de que el traspaso procedió
- B. Inmediatamente la ARS Destino haya sido notificada de que el traspaso procede, aunque el afiliado no posea el carnet correspondiente
- C. Una vez haya recibido los carnets correspondientes
- D. No se ha establecido un plazo al respecto

137. ¿En qué consiste, en términos monetarios, el Subsidio por Maternidad?

- A. Consiste en el pago de 98 días (14 semanas) de salario cotizante de la trabajadora, equivalentes al 100% de la base reguladora y pagada en tres partidas mensuales y consecutivas.
- B. Consiste en el pago de tres meses de salario cotizante de la trabajadora, equivalentes al 80% de la base reguladora y pagada en tres partidas mensuales y consecutivas.
- C. Consiste en el pago del 50% del salario de la trabajadora, en tres partidas mensuales y consecutivas.
- D. Ninguna de las anteriores

138. En caso de que el empleador no cumpla con la obligación de reportar al SDSS la fecha en que la trabajadora iniciará el descanso por Maternidad, la trabajadora tiene derecho a informar por su cuenta, con una copia del informe de maternidad.

- A. Cierto
- B. Falso
- C. Indeterminado
- D. Ninguna de las anteriores

139. ¿A partir de que día de incapacidad se entrega el Subsidio por Enfermedad Común?

- A. 4to. día
- B. 10mo. día
- C. 2do. día
- D. 14avo. día

- 140. ¿Cuál es el límite máximo de semanas para el pago del subsidio por enfermedad común?**
- A. 10 semanas
 - B. 12 semanas
 - C. 26 semanas
 - D. 52 semanas
- 141. Mínimo de cotizaciones anteriores a la incapacidad para optar por el subsidio por enfermedad común**
- A. 8 cotizaciones
 - B. 12 cotizaciones
 - C. 6 cotizaciones
 - D. Más de 12 cotizaciones
- 142. ¿Qué porcentaje corresponde al subsidio por enfermedad común en caso de asistencia Ambulatoria?**
- A. 60% del salario cotizable de los últimos 3 meses anteriores a la incapacidad
 - B. 40% del salario cotizable de los últimos 6 meses anteriores a la incapacidad
 - C. 40% del salario cotizable de los últimos 3 meses anteriores a la incapacidad
 - D. 60% del salario cotizable de los últimos 6 meses anteriores a la incapacidad
- 143. ¿Cuál es el porcentaje que corresponde al subsidio por enfermedad común en caso de Asistencia hospitalaria?**
- A. 40% del salario cotizable de los últimos 6 meses anteriores a la incapacidad
 - B. 60% del salario cotizable de los últimos 3 meses anteriores a la incapacidad
 - C. 60% del salario cotizable de los últimos 6 meses anteriores a la incapacidad
 - D. 40% del salario cotizable de los últimos 3 meses anteriores a la incapacidad

144. ¿Mediante cual resolución el CNSS aprobó el Reglamento sobre el Subsidio por Enfermedad Común?

- A. 241-01
- B. 142-01
- C. 560-03
- D. 124-01

145. ¿Cuál entidad es la encargada de los subsidios por enfermedad y maternidad?

- A. TSS
- B. SISALRIL
- C. UNIPAGO
- D. Ninguna de las anteriores

146. ¿Quién emite el Formulario de Solicitud de Subsidio por enfermedad común?

- A. El empleador
- B. El médico tratante
- C. TSS
- D. SISALSIL

147. Tiempo máximo para presentar la solicitud de pago del Subsidio por enfermedad común

- A. 90 días calendarios a partir de que se termine la incapacidad
- B. 60 días calendarios a partir de que inicie la incapacidad
- C. 60 días calendario a partir de que se termine la incapacidad
- D. 90 días calendarios a partir de que inicie la incapacidad

148. Según el reglamento de subsidios ¿Qué es Enfermedad Común?

- A. Enfermedad que padecen todos en una empresa
- B. Enfermedad que genera un subsidio obligatorio no importa su origen
- C. Alteración de la salud de origen distinto a la enfermedad profesional
- D. Todas las anteriores

149. Tope de salarios mínimos para el Subsidio por enfermedad común

- A. 5 salarios mínimos nacionales
- B. 10 salarios mínimos nacionales
- C. 12 salarios mínimos cotizables
- D. No hay tope

150. Pago en dinero a la trabajadora afiliada al Régimen Contributivo equivalente a 98 días (14 semanas) de Salario cotizante otorgado durante el periodo de descanso materno

- A. Subsidio por maternidad
- B. Subsidio por lactancia
- C. Subsidio por Riesgo laboral
- D. Subsidio por enfermedad común.

151. ¿En qué consiste el subsidio por maternidad?

- A. Pago por 3 meses del salario cotizante de la trabajadora, equivalentes al 100% de la base reguladora.
- B. Pago por 3 meses del salario cotizante de la trabajadora, equivalentes al 60% de la base reguladora.
- C. Pago por 3 meses del salario cotizante de la trabajadora, equivalentes al 40% de la base reguladora.
- D. Pago por 98 días (14 semanas) del salario cotizante de la trabajadora, equivalentes al 100% de la base reguladora.

152. ¿En caso de parto múltiple como recibirá la madre el subsidio por lactancia?

- A. Solo se otorga un subsidio por evento
- B. La madre recibirá el subsidio por cada niño nacido en el mismo parto
- C. A y c son correctas
- D. La madre recibirá el subsidio por cada 2 niños nacidos

153. ¿Qué porcentaje corresponde al subsidio por lactancia para las trabajadoras con salarios cotizables hasta el tope de 1 salario mínimo nacional?

- A. 33% de su salario mensual cotizante
- B. 10% de su salario mensual cotizante
- C. 12% de su salario mensual cotizante
- D. 40% de su salario mensual cotizante

154. ¿Qué porcentaje corresponde al subsidio por lactancia para las trabajadoras con salarios Cotizables hasta el tope entre 1 y 2 salarios mínimos nacionales?

- A. 40% de su salario mensual cotizable
- B. 12% de su salario mensual cotizable
- C. 25% de su salario mensual cotizable
- D. 5% de su salario mensual cotizable

155. ¿Qué porcentaje corresponde al subsidio por lactancia para las trabajadoras con salarios Cotizables hasta el tope entre 2 y 3 salarios mínimos nacionales?

- A. 0% de su salario mensual cotizable
- B. 40% de su salario mensual cotizable
- C. 6% de su salario mensual cotizable
- D. 25% de su salario mensual cotizable

156. ¿Quién expide el informe de maternidad?

- A. TSS
- B. El médico tratante de la trabajadora
- C. El empleador
- D. SISALRIL

157. ¿Qué documento se utiliza para hacer la solicitud de subsidio por lactancia?

- A. El acta o las actas de nacimiento de los niños nacidos en ese parto
- B. El informe de maternidad
- C. El informe de subsidio
- D. Ninguna de las anteriores

158. ¿Cuál de las ARS involucradas en el proceso de traspaso es la responsable de notificar que unos de los integran el núcleo familiar posee una condición de enfermedad?

- A. ARS Origen
- B. ARS Destino
- C. A y B son correctas
- D. Ninguna de las anteriores

159. ¿Cuál es la resolución la cual establece el procedimiento para la realización del traspaso Ordinario?

- A. 154-08
- B. 154-09
- C. 154-01
- D. 167-09

160. ¿Cuál integrante del núcleo familiar es que puede realizar el traspaso?

- A. Cualquiera que tenga 12 cotizaciones
- B. El titular no importa las cotizaciones que tenga
- C. Cualquier dependiente que tenga cedula de identidad
- D. El titular que posea 12 cotizaciones

161. Los dependientes adicionales, pueden realizar traspaso ordinario:

- A. Cierto
- B. Falso
- C. Indeterminado
- D. Ninguna de las anteriores

162. ¿Cuál de las ARS involucradas en el proceso de traspaso es la responsable de verificar que todo lo emitido en el formulario este correcto?

- A. ARS Origen
- B. ARS Destino
- C. A y B son correctas
- D. Ninguna de las anteriores

163. ¿Qué seguro cubre los accidentes de trabajo sufridos por los afiliados al SDSS?

- A. SFS
- B. SRL
- C. ARS
- D. Seguro de Tránsito

164. ¿A que corresponde el pago que se les otorga a las trabajadoras afiliadas del régimen contributivo, equivalente a 98 días (14 semanas) de salario cotizable, otorgado en las condiciones y formas que establece la Ley?

- A. Subsidio por maternidad
- B. Subsidio por lactancia
- C. Riesgo laboral
- D. Enfermedad común

165. Padre y madre del dependiente cónyuge son.

- A. Dependientes directos
- B. Dependientes indirectos
- C. Dependientes adicionales
- D. Dependientes titulares

166. ¿Qué entidad del SDSS es la que otorga la certificación de habilitación a las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS)?

- A. CNSS
- B. TSS
- C. MISPAS
- D. SISALRIL

167. La huella dactilar que debe ser grabada en el NUCT ¿debe ser del dedo?

- A. Pulgar derecho
- B. Índice derecho
- C. Pulgar izquierdo
- D. Índice izquierdo

168. ¿A través de que herramienta o entidad las ARS deben de justificar los vencimientos de los NUCT?

- A. SUIR/Unipago
- B. CRM/TSS
- C. SIMON/SISALRIL
- D. CNSS/Portal DIDA

169. ¿La realización de un traspaso con copia de cédula trae como consecuencia la cancelación del mismo?

- A. Cierto
- B. Falso
- C. Indeterminado
- D. Ninguna de las anteriores

170. ¿Cuál de estos documentos oficiales se utiliza para la realización de traspaso ordinario de ARS?

- A. Acta de nacimiento
- B. Licencia de conducir
- C. Certificación de la JCE
- D. Cédula de identidad y electoral

171. ¿En qué momento del proceso de traspaso ordinario se considera que el traspaso está vencido?

- A. Antes de los 5 días hábiles establecidos para su ejecución en el SUIR
- B. Después de los 25 días hábiles establecidos para su ejecución en el SUIR
- C. Después de los 5 días hábiles establecidos para su ejecución en el SUIR
- D. Después de la notificación de ARS origen

172. ¿Cuántos son los días establecidos para subir el traspaso al sistema?

- A. 10 días hábiles
- B. 5 días hábiles
- C. 2 días hábiles
- D. Inmediatamente se imprima el formulario

173. La ARS que solicita el traspaso se denomina.

- A. ARS Origen
- B. ARS de Autogestión
- C. ARS Destino
- D. ARS Gremiales

174. ¿Cuándo un afiliado pierde su período de carencia?

- A. A las 12 cotizaciones continuas
- B. A los 6 meses sin cotizar
- C. A las 18 cotizaciones discontinuas
- D. A las 6 cotizaciones continuas

175. Entidad encargada de remitir la solicitud de traspaso según la Resolución 176-09 por mala Prestación

- A. ARS origen
- B. SISALRIL
- C. DIDA
- D. SUIR/UNIPAGO

176. ¿Cuántas cotizaciones debe tener un afiliado para solicitar traspaso por mala prestación?

- A. 12 cotizaciones
- B. No importan las cotizaciones
- C. 6 cotizaciones
- D. 18 cotizaciones discontinuas

177. ¿Qué tiempo tiene el afiliado al SFS al régimen contributivo para escoger una ARS una vez esté inscrito en una nómina?

- A. Cuando realicen el primer pago
- B. 24 horas después
- C. 10 días calendario
- D. 30 días calendario

178. ¿Qué pasa si el afiliado no escoge su ARS en el tiempo establecido?

- A. Se queda fuera del sistema
- B. Tiene 30 días más
- C. Pierde el subsidio
- D. El sistema lo afilia automáticamente

179. ¿Qué periodo de cobertura posee el afiliado cuando deja de trabajar, según el art. 124 de la Ley 87-01?

- A. 30 días
- B. 60 días
- C. 90 días
- D. Hasta que vuelva a trabajar

180. Monto del salario que se toma como base para calcular las cotizaciones que deben pagar el afiliado y el empleador.

- A. Salario mínimo cotizante
- B. Percapita
- C. Cotización
- D. Subsidio

181. Edad tope para cotizar al SDSS

- A. 21 años
- B. No importa la edad mientras esté trabajando
- C. 65 años
- D. No importa la edad pero que tenga menos de 20 años trabajando

182. Un afiliado que tenga varios empleadores solo cotizara al SDSS por 1 de ellos.

- A. Cierto
- B. Falso
- C. indeterminado
- D. Depende del tipo de institución

183. Para el cálculo del Salario Cotizable, además del salario ordinario se incluyen las comisiones y el pago por las vacaciones.

- A. Cierto
- B. Falso
- C. Salud laboral
- D. Todas las anteriores

184. ¿Cuál es el porcentaje de la cobertura para accidentes de tránsito en el PBS?

- A. 1
- B. 0
- C. 0.7
- D. 0.8

185. ¿La atención primaria, rehabilitación y prótesis médicas están cubiertas por el PBS?

- A. Cierto
- B. Falso
- C. 788.58 más 4.00 de FONAMAT
- D. Ninguna de las anteriores

186. Cobertura máxima para accidentes de tránsito según resolución 474-04 CNSS.

- A. 10 salarios mínimos nacionales
- B. 60 salarios mínimos nacionales
- C. 40 salarios mínimos nacionales
- D. 20 salarios mínimos nacionales

187. La Resolución administrativa 149-08.

- A. Regula traspaso
- B. Define funciones de las ARS
- C. Regula pago de Subsidios
- D. Incrementa las coberturas de las habitaciones en internamiento

188. El incremento de la cobertura de Alto Costo y de los medicamentos coadyuvantes, están contenidas en la resolución.

- A. 553-02
- B. 177-09
- C. 176-08
- D. 154-08

189. Cobertura en caso de cirugías.

- A. 10%
- B. 90%
- C. 80%
- D. 70%

190. Cobertura en Medicamentos ambulatorios.

- A. 10%
- B. 90%
- C. 80%
- D. 70%

191. Cobertura en caso de Emergencias

- A. 100%
- B. 90%
- C. 80%
- D. 70%

192. La Resolución administrativa 156-08.

- A. Prohíbe el cobro de depósitos a la PSS
- B. Aumenta la cobertura de cirugía
- C. Documenta el acceso a los servicios de emergencia
- D. Aumenta la cobertura de hemoterapia

193. ¿En caso de que la prestación que requiera el afiliado no esté en el Catálogo de prestaciones, este la puede solicitar a la ARS?

- A. Cierto
- B. Falso
- C. Indeterminado
- D. Puede solicitarlo ante la DIDA

194. ¿Que establece la resolución 178-2010?

- A. Cobertura de Servicios de Salud
- B. Cobertura de Emergencias
- C. Gradualidad del Alto Costo y máximo nivel de complejidad
- D. Exclusiones del PBS

195. Es el mecanismo financiero por medio del cual, se garantiza que el trabajador, sea compensado debido a un accidente de trabajo, o una enfermedad ocupacional que como consecuencia le hayan ocasionado alguna lesión corporal o estado mórbido.

- A. Subsidio por Enfermedad Común
- B. Seguro de Riesgos Laborales
- C. Seguro Familiar de Salud
- D. Licencia Médica

196. Es el accidente ocurrido en horas laborables al trabajador (a) durante el desplazamiento entre el centro de trabajo y el domicilio o viceversa, sin interrupciones o desviaciones voluntarias o evitables, dentro de la ruta y horario habitual.

- A. Accidente Laboral
- B. Accidente de Tránsito
- C. Accidente en Trayecto
- D. Ninguna de las anteriores

197. Tiempo para reportar al IDOPPRIL un accidente de trabajo o en trayecto.

- A. 24 horas laborables
- B. 48 horas hábiles
- C. 72 horas hábiles
- D. 12 horas laborables

198. Es el formulario de notificación de accidente de trabajo, el cual debe ser completado, firmado y sellado por el representante de la empresa donde labora el trabajador.

- A. ATR-2
- B. EPR-1
- C. EPI-2
- D. TAR-2

199. ¿Qué es el EPR-1?

- A. Formulario de Notificación de Accidente de Trabajo
- B. Formulario de Notificación de Enfermedad Laboral
- C. Formulario de Solicitud de Subsidios
- D. Formulario de Registro de Afiliación

200. ¿De dónde se descuenta el seguro de riesgos laborales?

- A. De la cuenta del SFS
- B. De la nómina del afiliado
- C. Un % de la nómina del afiliado y el otro % del empleador
- D. De la cuenta del empleador

201. Documentos requeridos para solicitar el subsidio frente al IDOPPRIL

- A. ATR-2 o EPR-1 más el certificado médico original
- B. Copia de pago del empleador
- C. Copia del certificado médico más el acta del accidente
- D. Todas son correctas

202. Tiempo máximo para recibir el subsidio por Riesgo Laboral, según la resolución 397-19.

- A. 12 semanas
- B. 26 semanas
- C. 56 semanas
- D. 52 semanas

203. Tope de cotización para el SRL

- A. 10 salarios mínimos nacionales
- B. 4 salarios mínimos nacionales
- C. 5 salarios mínimos nacionales
- D. 2 salarios mínimos nacionales

204. Entidad encargada de autorizar los números de contrato para fines de afiliación.

- A. Oficina Nacional de Estadísticas
- B. ARS/SENASA
- C. SISALRIL
- D. UNIPAGO

205. Siglas del Numero Único de Control de Traspaso

- A. NUCT
- B. NUCUF
- C. NSS
- D. SFS

206. La afiliación, cotización y participación para todos los ciudadanos e instituciones en las condiciones y normas que establece la ley es.

- A. Voluntaria
- B. Obligatoria
- C. Opcional
- D. Depende del tipo de institución

207. El empleador puede elegir a que ARS afiliarse a sus empleados, siempre y cuando:

- A. Paguen un plan complementario
- B. Paguen a tiempo la nómina
- C. Paguen por los dependientes adicionales
- D. Ninguna de las anteriores

208. Cápitales a pagar por los dependientes adicionales padres:

- A. 1,555.14
- B. 1,167.81. más 22.31 FONAMAT
- C. 788.58 más 4.00 FONAMA
- D. Ninguna de las anteriores

209. ¿En cuántas ARS puede estar afiliado un ciudadano cotizante al SDSS?

- A. 2
- B. Las que elija el afiliado
- C. 1
- D. Depende del empleador

210. ¿Cuáles son los seguros del SDSS?

- A. SFS
- B. Seguro de pensión
- C. SRL
- D. Todas las anteriores

211. ¿Cuáles son los plazos de prescripción de las acciones de sanción a los prestadores (PSS) y las ARS?

- A. Hasta 1 año después de cometida la infracción para poner la sanción y hasta 3 años para aplicarla después de la sentencia
- B. Hasta 10 años después de cometida la infracción para poner la sanción y hasta 30 años para aplicarla después de cometida la falta.
- C. Hasta 3 años después de cometida la infracción para poner la sanción y hasta 5 años para aplicarla después de la sentencia.
- D. Hasta 5 años después de cometida la infracción para poner la sanción y hasta 20 años para aplicarla después de cometida la falta.

212. Es considerado como infracción que el empleado suministre informaciones falsas o incompletas sobre sus dependientes que puedan originar el otorgamiento indebido de Servicios.

- A. Cierto
- B. Falso
- C. Indeterminado
- D. Ninguna de las anteriores

213. Según el artículo 183 de la ley 87-01 ¿cuál es la entidad competente para imponer sanciones?

- A. DIDA
- B. TSS
- C. SISALRIL
- D. UNIPAGO

214. ¿Cuál es el monto para las sanciones a las ARS?

- A. La multa debe ser no menor de 25 veces y no mayor de 150 veces el salario mínimo nacional
- B. La multa debe ser no menor de 50 veces y no mayor de 300 veces el salario mínimo nacional
- C. A disposición de la Superintendente de Salud
- D. Ninguna de las anteriores

215. Resolución que aprueba el Reglamento sobre Infracciones y Sanciones al SFS y al SRL:

- A. 158-06
- B. 169-04
- C. 149-04
- D. 169-06

216. ¿Cuánto tiempo dura el derecho de reclamar el goce de los beneficios establecidos por el Seguro de Riesgos Laborales?

- A. 3 años
- B. 10 años
- C. 5 años
- D. 1 año

217. ¿Cuál es la tarifa a pagar por los servicios ofrecidos por la DIDA?

- A. Depende del servicio
- B. Depende del servicio
- C. No se pagan ninguno de los servicios ofrecidos
- D. Depende del afiliado

218. ¿Qué Ley del Poder Ejecutivo modifica el artículo 128 de la Ley 87-01 en lo relativo a las prestaciones del Régimen Contributivo-Subsidiado y el Régimen Subsidiado?

- A. Ley 42-01
- B. Ley 188-07
- C. Ley 397-19
- D. Ley 1896

219. ¿Cuál es el costo establecido para la cápita mensual por afiliado para cubrir los servicios del Seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado?

- A. RD\$ 231.84 + 6 del FONOMAT
- B. RD\$ 221.00 + 4 del FONOMAT
- C. RD\$ 180.00
- D. RD\$ 290.00

220. ¿Qué plazo dispone la SISALRIL para conocer y emitir una decisión sobre un recurso de inconformidad contra una decisión de declinatoria de las prestaciones del seguro de Riesgos laborales?

- A. 60 días
- B. 90 días
- C. 30 días
- D. 10 días

221. El costo y financiamiento del régimen contributivo se fundamenta en un régimen financiero de reparto simple, que está basado en la cotización de un 10.13 % que se distribuye en las siguientes partidas:

- A. 9.58% para salud, 0.48% pago de subsidios y un 0.07% operaciones de la SISALRIL.
- B. 9.53% para salud, 0.43% pago de subsidios, 0.10% para Estancias Infantiles y un 0.07% operaciones de la SISALRIL.
- C. 9.53% para salud, 0.43% pago de subsidios, 0.17% para las operaciones de la SISALRIL.
- D. Ninguna de las anteriores

222. Las prestaciones de las cuales se beneficiarán los afiliados del Régimen Subsidiado y Contributivo Subsidiado son:

- A. Plan Básico de Salud
- B. Subsidio por enfermedad
- C. Subsidios por maternidad
- D. Gastos Fúnebres

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

Leyes

- [LEY 87-01](#)
- [LEY 397-19](#)

Resoluciones

- [RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA 053-2004 \(PROMOTORES DE SEGUROS DE SALUD\)](#)
- [RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA 154-2008 \(QUE REGULA EL PROCESO DE TRASPASO DE AFILIADOS ENTRE ARS EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO\)](#)
- [RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA 174-09 \(QUE REGULA LOS PROCESOS DE CAMBIO DE ESTATUS O CAMBIO DE ARS DE LAS AFILIADOS POR CASOS DE EXCEPCIÓN\)](#)

- [RESOLUCION NO. 553-01](#)
- [RESOLUCION 431-02](#)
- [RESOLUCION 533-01](#)
- [RESOLUCION 178-10](#)

Reglamentos

- [REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y REGULACIÓN DE LAS ADMINISTRADORAS DE RIESGO DE SALUD](#)
- [REGLAMENTO SOBRE ASPECTOS GENERALES DE AFILIACIÓN AL SEGURO FAMILIAR DE SALUD](#)