

# PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN EL SEGURO FAMILIAR DE SALUD

■  
**Primer nivel de atención,  
Prevención secundaria y terciaria**

***Preguntas y Respuestas***

**República Dominicana**

Octubre de 2018

(Versión 2.0)

**PREGUNTAS Y RESPUESTAS**  
**SOBRE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA**  
**Y EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL SEGURO FAMILIAR DE SALUD.**  
SISALRIL. Octubre 2018.

El lunes 29 de octubre del 2018, la Superintendencia de Salud y Riesgos laborales (SISALRIL), hizo entrega al Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) de la propuesta técnica sobre la inclusión en el catálogo del Seguro Familiar de Salud de coberturas de Atención Primaria y Primer Nivel de Atención. La misma fue solicitada por el CNSS, en su Resolución No. 431, de fecha 19 de octubre 2017, mediante la cual se instruyó a la SISALRIL a *“someter una propuesta para la implementación de estrategias de Atención Primaria y del Primer Nivel de Atención, como puerta de entrada a los servicios del Plan Básico de Salud del Seguro Familiar de Salud en sus diferentes Regímenes, de acuerdo con lo previsto por el Artículo 152 de la Ley No. 87-01”*.

Está basada en la Ley 87-01 que creó el Sistema Dominicano de Seguridad Social, especialmente en sus artículos 118, 129, 152; y el Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud, aprobado por el CNSS mediante la Resolución 48-13 del 10 de octubre 2002, especialmente en sus artículos 2 y 3, y su Capítulo III referente al Plan Básico de Salud. Así mismo, en la Ley 1-12 de Estrategia Nacional de Desarrollo, en las Resoluciones del CNSS, No. 276-01 del 06 de julio 2011, la No. 279-03 del 06 de octubre 2011, la No. 292-08 del 26 de abril 2012, y la 431 del 19 de octubre 2017. Igualmente, en la Resolución del Ministerio de Salud Pública No. 00026 del 08 de diciembre 2014 relativa al Modelo de Atención Integral y en los acuerdos firmados entre las autoridades nacionales de salud y los Gremios de la salud el 08 de noviembre del 2016.

Se trata de un documento técnico y su fundamentación, para cuya preparación se revisó los aportes académicos y las principales experiencias nacionales e internacionales. Se enriqueció con aportes recibidos en numerosas consultas técnicas con los más diversos sectores de nuestra sociedad y especialistas en diferentes campos de la salud y la seguridad social y requirió un año de esfuerzos del equipo técnico de la SISALRIL. Antes de ser entregado al CNSS, fue presentado ante el Comité Interinstitucional de Salud, previsto como órgano de consulta por la Ley 87-01 (artículo 179).

Este documento, de carácter informativo, presenta un resumen de la propuesta técnica presentada por la SISALRIL ante el CNSS, en forma de respuestas, aprovechando las preguntas que hemos recibido con más frecuencia por parte de diversos sectores de la sociedad, para facilitar su conocimiento y mejor comprensión por parte de todos los interesados.

**1. ¿Qué es Atención Primaria y que es Primer Nivel de Atención?**

La Atención Primaria de Salud (APS) es un enfoque estratégico y conceptual, aprobado en 1978 en la ciudad de Alma Ata, en una Conferencia Mundial, en la cual los países miembros (incluida la República Dominicana) se comprometieron a garantizar a sus poblaciones el acceso a servicios de salud integrales, con énfasis en la promoción de la vida saludable, la prevención de las enfermedades y a reducir las desigualdades en salud.

En esta declaración se asumió la Atención Primaria de Salud (APS) como la estrategia necesaria para lograr las metas de Salud Para Todos en el Año 2000. Recientemente, en octubre 2018, al evaluar los avances y desafíos aun no superados, una Conferencia mundial similar, reiteró que ...”el reforzamiento de la APS es el más efectivo y eficiente abordaje para fortalecer la salud física y mental, así como el bienestar social, y la APS es la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura universal de salud y para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio”.

Podríamos decir que en esencia la estrategia de APS es un enfoque de integralidad y de cobertura universal, con énfasis en la promoción y la prevención de la salud de las personas, familias y comunidades y en la participación ciudadana e intersectorialidad, con tecnologías adecuadas, sostenible desde la perspectiva financiera y con un compromiso con los resultados en la situación de salud.

Una expresión esencial de la aplicación de la estrategia de APS es la organización de los prestadores de servicios de salud (PSS) en forma de redes, según nivel de complejidad y articulados mediante mecanismos de referencia y contra referencia. El Ministerio de Salud Pública, como órgano rector del Sistema de Salud del país, mediante su Resolución No. 0000264 del año 2014, actualizada en 2017, acogió la estrategia de APS y la articulación de redes según nivel de complejidad, como el Modelo de Atención Integral que debe regir para los servicios públicos y privados (lucrativos y no lucrativos) en el país. Esta obligación está establecida también la Ley 87-01 (artículo 152) y en el Reglamento del Seguro Familiar de Salud y Plan Básico de Salud (artículo 23)

El Primer Nivel de Atención es uno de los niveles de una red de servicios organizada según niveles de complejidad. Sus funciones básicas (no necesariamente las únicas) son dos: Servir como Puerta de entrada a la red de Prestadores de Servicios de Salud (PSS) y garantizar el acceso universal a la atención integral a las necesidades básicas de salud, según la etapa del ciclo de la vida, la promoción de la vida saludable y la Prevención Primaria, basada en la búsqueda activa, diagnóstico oportuno y tratamiento básico de los principales problemas de salud.

## **2. ¿En qué consiste la propuesta sobre Atención Primaria en el Seguro Familiar de Salud, presentada por la SISALRIL ante el CNSS?**

El Seguro Familiar de Salud es un sistema de financiamiento, que procura garantizar a los afiliados el acceso a las coberturas y servicios indispensables para su salud.

Las coberturas de prestaciones y servicios, explícitamente descritas en el Catálogo del Plan Básico de Salud (actual PDSS) constituyen derechos de los afiliados. La Ley 87-01, establece que el Plan Básico de Salud contendrá los siguientes servicios: Promoción de la

***“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,...(Ley 87-01. Artículo129)***

Salud y medicina Preventiva, Atención Primaria de Salud. Atención especializada y tratamientos complejos, Exámenes diagnósticos biomédicos y radiológicos, atención odontológica, fisioterapia y rehabilitación, y las prestaciones complementarias (aparatos y prótesis), además de las prestaciones farmacéuticas. Este artículo establece que estas prestaciones deben estar detalladas en el Catálogo del Plan Básico aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

***“PLAN BÁSICO DE SALUD (P.B.S). Es el conjunto de servicios de atención y reconocimientos económicos a los que tienen derecho todos los afiliados a los regímenes Contributivo, Contributivo-Subsidiado y Subsidiado. Sus contenidos están definidos en el presente Reglamento y su forma de prestación estará normalizada y regulada por los manuales de procedimientos y guías de atención integral que elaboren para tal efecto de acuerdo con gremios, entidades aseguradoras y prestadoras de servicios. El Consejo Nacional de Seguridad Social –CNSS- expedirá un Catálogo detallado de las Actividades, Intervenciones y Procedimientos que contiene el Plan Básico de Salud”... (Reglamento del SFS y PBS. Artículo 3.b)***

El Catálogo vigente desde el 2017 consta de 12 Grupos de coberturas. El Grupo Uno de ellos es el denominado Promoción y Prevención. Otros Grupos incluyen las coberturas de Alto Costo, las de Atención Ambulatoria especializada, las de Internamiento, cirugía, medicamentos, y otras.

Se propone modificar el Grupo Uno, para incluir de manera explícita, organizadas en dos Subgrupos, las coberturas de Primer Nivel de Atención y las coberturas de Prevención Secundaria y Terciaria para pacientes con Hipertensión y/o Diabetes mediante la atención especializada e integral. En consecuencia, este Grupo Uno pasaría a ser denominado Atención Primaria, Promoción y Prevención. Es decir, solo se amplía coberturas y se especifica cuáles de las coberturas del catálogo pueden ser atendidas por establecimientos y servicios de Atención Primaria. No se plantea modificar ninguno de los otros Grupos; por tanto, no se reduce ningún derecho actual de afiliados ni de los Prestadores de Servicios de Salud.

Se identifica un total de 497 coberturas que estarían incluidas en este Grupo Uno. De ellas 387 ya están incluidas en el catálogo vigente y 110 serían nuevas. De ellas, 383 coberturas corresponden a atenciones de Primer Nivel de Atención, 294 ya están en el catálogo y 89 son nuevas; y 114 coberturas corresponderían a la Prevención mediante atención integral de personas con Hipertensión y/o Diabetes, de las cuales 93 ya están en el PDSS y 21 son nuevas. Las prestaciones que ya estaban en el catálogo se especifican para que su cobertura pueda también ser atendida por Prestadores de Servicios de Primer Nivel y de

Prevención Secundaria y terciaria, en las condiciones del Grupo Uno, es decir sin copagos no autorizados, pero se mantienen también en el Grupo original para que otros PSS continúen brindando estos servicios, manteniendo las actuales condiciones, cuando así lo prefieran los afiliados.

De acuerdo con el Reglamento del SFS y PBS las prestaciones y coberturas del Grupo Uno no tienen copagos ni periodo de carencia al afiliarse. Período de carencia es el tiempo que debe transcurrir desde que una persona se afilia hasta que se le reconozcan algunos derechos establecidos en el catálogo.

**3. ¿Por qué si la participación social es un componente importante de la estrategia de APS, no se propone su inclusión en el catálogo de coberturas?.**

Una cosa es como deben organizarse los servicios y el sistema de salud, y otra es como opera el Seguro Familiar de Salud. Lo primero es regido por la Ley 42-01 y lo segundo por el Ley 87-01 y sus Reglamentos. Aun cuando diversos sectores consideran que este marco jurídico debe ser revisado y actualizado, mientras esté vigente la SISALRIL está en la obligación de asumirlo y una de sus responsabilidades legales es velar por su cumplimiento, y de esforzarse por la promoción y defensa de los derechos de los afiliados en ese contexto. Como señala la Ley 87-01 (artículo 1), el objeto del Sistema de Seguridad Social es el financiamiento para la protección de la población contra los riesgos relacionados con salud, vejez, discapacidad, riesgos laborales; y el Seguro Familiar de Salud (artículo 119) comprende la promoción de salud, la prevención de enfermedades, además del tratamiento y rehabilitación, incluyendo embarazo, parto y puerperio. En su artículo 129 especifica que esta protección se refiere a las coberturas incorporadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) en el catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud.

El Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud (aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social mediante Resolución No. 48-13 del 10 de octubre del 2002. Promulgado mediante Decreto 74-03 de fecha 31 de enero, 2003), establece (artículos 2 y 3) establece que el Catálogo del Plan Básico de Salud contiene solo atenciones de carácter individual, y que las intervenciones de carácter comunitario o colectivo, no son parte de dicho Plan Básico y que su financiamiento y gestión corresponde al estado a través del Ministerio de Salud Pública. Por lo tanto, en el catálogo solo podemos incluir, de acuerdo con el marco legal y reglamentario vigente, solo atenciones de índole personal. Por eso en la propuesta no se incluye coberturas de intervenciones comunitarias o de orden poblacional aunque si las de carácter educativo de pacientes y de grupos de afiliados.

Estas intervenciones de índole poblacional y relacionada con la participación ciudadana, tal vez podrían ser consideradas por los órganos competentes como un criterio para la habilitación de los establecimientos y servicios de Primer Nivel de Atención, pero no en

el catálogo del Seguro Familiar de Salud, a menos que modifique el marco legal y reglamentario vigente.

#### 4. ¿Por qué el catálogo del Seguro Familiar de Salud debe incluir coberturas de Atención Primaria (APS)?

Cuando una cobertura está incluida en el catálogo, pasa a ser un derecho de toda persona afiliada, independientemente del Régimen de financiamiento (Contributivo, Subsidiado o Contributivo Subsidiado), y pasa a ser una obligación de las ARS dar cumplimiento mediante la contratación de suficientes PSS (servicios y profesionales) que brinden dichas atenciones.

Además de la obligación que establece el marco legal y reglamentario vigente, se señala varias razones vinculadas a necesidades de la población afiliada y la sostenibilidad del Seguro Familiar de Salud. Entre estas razones se destaca: el objetivo de Cobertura Universal, los cambios en las necesidades de atención de salud de la población y la necesidad de la atención garantizada para problemas prioritarios.

La Ley 87-01 (artículo 118) establece como una finalidad del Seguro Familiar de Salud *alcanzar la cobertura universal, sin exclusiones por edad, sexo, condición social, laboral o territorial*. **La cobertura universal**, según la Organización Mundial de la Salud, tiene tres dimensiones: a) Proporción de la población está cubierta. b) Proporción de los principales problemas y necesidades de salud cubiertos, y c) Proporción del gasto en salud cubierto.

Hemos avanzado bastante en afiliación, alrededor del 75% de la población ya cuenta con Seguro Familiar de Salud, pero aun necesitamos ampliar la cobertura de los principales problemas y necesidades de salud en el catálogo de prestaciones, acceso sin barreras de copagos y límites de topes, incluida la atención domiciliaria cuando se requiera, para lo cual es indispensable que se incluya coberturas de APS y que por tanto las ARS contraten suficientes Prestadores de Servicios de Primer Nivel y para la atención y prevención de complicaciones en las personas con Hipertensión Arterial y con Diabetes con Protocolos y Guías Clínicas basadas en evidencia científica. Así mismo, *el Gasto Familiar de Bolsillo ha permanecido estancado entre el 42% y 44% del gasto total en salud del país, desde el 2007 y tiende a aumentar*. Esto es mucho más elevado que por ejemplo en Colombia (alrededor de 17%), y es una de las principales quejas y necesidades de los afiliados.

Los **cambios en las necesidades de salud**, desde que se aprobó el actual PDSS, han sido muy importantes. La mayoría de las enfermedades infecciosas agudas que caracterizaban nuestro perfil epidemiológico en los años 90, han descendido su frecuencia, mientras que las enfermedades crónicas y las lesiones por accidentes se han incrementado. Las enfermedades crónicas, cuando no son prevenidas o detectadas a tiempo, y si no son atendidas de manera integral y con protocolos bien sustentados, conllevan complicaciones severas que pueden ser irreversibles y afectar considerablemente la calidad de la vida y representar elevados gastos para las familias. Las coberturas de

Atención Primaria propuestas garantizarían servicios para la identificación y control de sus factores de riesgo, el diagnóstico oportuno y el tratamiento integral, interdisciplinario, sin barreras económicas, para prevenir o controlar las complicaciones.

La **atención garantizada de problemas crónicos de salud** como la Hipertensión Arterial y la Diabetes, entre otros, es la mejor forma de prevenir complicaciones severas y muchas veces irreversibles, que afectan la calidad de vida y el presupuesto familiar.

**5. ¿Por qué se prioriza la Hipertensión Arterial y la Diabetes para la prevención secundaria y terciaria?**

Alrededor del 30% de nuestra población adulta sufre de Hipertensión Arterial y alrededor del 12% de Diabetes. Alrededor de la mitad de las personas afectadas lo desconocen y no están conscientes de su importancia. Estas dos patologías pueden ser prevenibles o detectadas tempranamente, con lo cual se puede evitar sus complicaciones, siempre que los pacientes tengan acceso y cumplan protocolos de atenciones interdisciplinarias (médicas, psicológicas, dietéticas, estudios diagnósticos y medicamentos), sin límites ni barreras, y los pacientes asuman con disciplina las indicaciones profesionales. La Hipertensión Arterial y la Diabetes inadecuadamente atendidas constituyen a su vez la base sobre la cual se desarrollan otras afecciones de índole cardiovascular, cerebro vascular, insuficiencia renal crónica, y otras. Una de las principales causas de abandono o irregularidad de los pacientes, es el elevado gasto de bolsillo por atenciones, laboratorios y medicamentos. La inclusión de coberturas de Atención Primaria, garantizarán a la población afiliada la Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria mediante coberturas de la atención integral por equipos multidisciplinarios e incluyendo los medicamentos esenciales y laboratorios definidos en los protocolos y guías clínicas aprobados, con lo cual se favorecerá la adhesión a los tratamientos lograría un mejor impacto en su salud y la calidad de vida, y se reducirá su gasto familiar.

Esta cobertura integral para la Hipertensión Arterial y la Diabetes se considera un primer paso. Una vez se desarrolle la experiencia por parte de los PSS y de las ARS, y en dependencia de la disponibilidad financiera del sistema, se podrá ir incorporando otras patologías a un modelo de cobertura protocolizada garantizada con énfasis en la Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria.

**6. ¿Incluye la propuesta sobre Atención Primaria coberturas que corresponden a otros niveles de complejidad?**

La Atención Primaria de la Salud es una estrategia, no es un nivel de complejidad de la red de servicios. Esencialmente se refiere a organizar las redes de Prestadores de Servicios de salud según niveles de complejidad y de forma articulada, con referencias y contra referencias entre los diversos niveles; un fortalecimiento de la atención integral, incluida la promoción de la vida saludable y la prevención de enfermedades, el acceso sin barreras y el uso adecuado de tecnologías según los recursos disponibles.

La *Prevención Primaria* enfatiza en evitar las enfermedades y promover la vida saludable, así como la búsqueda activa para el diagnóstico oportuno de los problemas prioritarios de salud en cada etapa del ciclo de la vida. La *Prevención Secundaria* se refiere a intervenciones de atención integral de personas que ya han sido diagnosticados con una enfermedad y busca prevenir que la enfermedad avance y aparezcan complicaciones, por ejemplo, insuficiencia renal crónica, daños en el corazón y en el cerebro, daños en los pies, etc. La *Prevención Terciaria* se refiere a intervenciones que tratan de prevenir que las lesiones que no pudieron ser evitadas, se hagan irreversibles o tan severas que puedan comprometer la vida, es decir tratan de lograr la mejor calidad de vida y alejar el riesgo de muerte.

Cuando se habla de Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria, no se refiere a niveles de complejidad en la red de servicios, tales como Primer Nivel, Segundo Nivel, Atención Ambulatoria, Internamiento, etc. Se refiere al tipo de intervenciones y protocolos que se aplican a las personas en los diferentes niveles de complejidad de la red de PSS con énfasis preventivo y de manera proactiva. Aunque la Prevención Primaria habitualmente se realiza preferentemente en el Primer Nivel de Atención, la Prevención Secundaria y Terciaria puede realizarse en establecimientos y servicios de cualquier nivel de complejidad, dependiendo de sus capacidades. Por ejemplo, si un establecimiento de Primer Nivel dispone de equipos de especialistas en brindar atención integral para personas diabéticas, de acuerdo con los protocolos aprobados, podría ser contratado para brindar las atenciones de PREVENCIÓN Secundaria y terciaria para diabéticos. Igualmente, si un establecimiento hospitalario público o privado, de segundo nivel o tercer nivel de atención, según su complejidad, dispone de establecimientos o servicios que asume responsabilidad de atención integral por ciclo de vida, búsqueda activa de los problemas prioritarios en cada etapa del ciclo de vida, etc, podría otorgar intervenciones de Prevención Primaria.

Como se puede ver, una cosa es el tipo de Prevención y otra es el nivel de complejidad de la atención según la complejidad del establecimiento o servicio contratado. Por eso, incluir en el catálogo del PDSS (PBS) las coberturas de Prevención Secundaria y Terciaria no necesariamente significa que estas deban ser garantizadas en servicios y establecimientos de primero, segundo o tercer nivel de complejidad. Por el contrario representa una oportunidad para el desarrollo de servicios por Prestadores de Servicios de Salud especializados de diferentes niveles.

## **7. ¿Por qué se propone incluir coberturas de Atención Primaria para el Régimen Contributivo y no se limita al Régimen Subsidiado?**

La ley 87-01 (artículo 129) establece que el Plan Básico de salud (actual PDSS) es único, *“... independientemente de su condición social, laboral y económica y del régimen financiero al cual pertenezca...”*. Igualmente, los acuerdos firmados y notariados el 8 de noviembre del 2016, entre las autoridades nacionales de salud y los gremios de



trabajadores y profesionales de la salud, establecieron el compromiso mutuo de lograr que *“que el Plan Básico de Salud (PDSS) del Seguro Familiar de Salud, en sus diferentes Regímenes de financiamiento, incluya adecuada cobertura financiera e incentivos para las atenciones de Primer Nivel”* (Página 6.E.2) . Por lo tanto, además de injusto, y de constituir un incumplimiento de los acuerdos firmados, promover un catálogo diferente para cada Régimen de financiamiento, sería ilegal y contrario a los principios de equidad y solidaridad del Sistema Dominicano de Seguridad Social (Ley 87-01, artículo 3).

Conviene precisar que no debe confundirse Régimen Subsidiado con Prestadores de Servicios (PSS) exclusivamente de carácter público y Régimen Contributivo con PSS exclusivamente de carácter privado. La ARS SeNaSa, como responsables de administrar los riesgos del R. Subsidiado, contrata PSS públicos y Privados, para garantizar las coberturas del catálogo a sus afiliados. Igualmente, las ARS que gestionan los riesgos de afiliados al Régimen Contributivo (incluidas la públicas, las privadas y las de autogestión) están obligadas, de acuerdo con la Ley 123-15, a contratar los establecimientos de la Red Pública del Servicio Nacional de Salud.

Lo que se propone, por lo tanto, no se refiere a si debe haber o no PSS privados o públicos sino cuales son las coberturas sobre APS que deben ser incluidas como derechos de los afiliados. en el catálogo del Seguro Familiar de Salud.

Conviene precisar que sería un error identificar a los afiliados en el Régimen Contributivo como personas con abundante capacidad de pago. La realidad es que alrededor del 70% de los afiliados en este Régimen tienen ingresos menores a dos salarios mínimos y, al igual que los afiliados en el Régimen Subsidiado, necesitan beneficiarse de coberturas de Primer Nivel de Atención y de atención garantizada de la Hipertensión Arterial y de la Diabetes, sin barreras económicas que afectan su presupuesto familiar y la continuidad e integralidad de sus atenciones. Además de ilegal, sería injusto que estos afiliados resultaran excluidos de los beneficios de las coberturas de Atención Primaria que se propone incluir en el catálogo.

## **8. ¿Se mantendrá el derecho a la libre elección de los PSS por los afiliados?**

La Ley 87-01 (artículo 120), y el Reglamento para la Organización y Regulación de las ARS (artículo 2. 1) garantizan a los afiliados el derecho de libre selección de la ARS y de los PSS de su preferencia. La propuesta sobre APS respeta y fortalece este derecho. Cada familia afiliada puede cambiar de ARS si no está satisfecha con sus servicios o con la red de PSS que le oferta, y también puede seleccionar el PSS de su preferencia, dentro de la red contratada, en cada nivel de atención.

De acuerdo con el artículo 152 de la Ley 87-01, toda ARS está en la obligación de ofertar a sus afiliados una Red de PSS, organizados por niveles de complejidad y de atención: Servicios de Primer Nivel, Servicios Ambulatorios especializados, servicios de hospitalización general y complejos. También establece que las ARS deben tener un

Sistema de Referencia que facilite a cada afiliado referido de uno a otro nivel y viceversa, el conocimiento de los PSS disponibles en cada nivel.

La propuesta presentada al CNSS respeta y fortalece estos derechos de los afiliados y obligaciones de las ARS. Cada familia podrá elegir el establecimiento o servicios de Primer Nivel de Atención y el Servicio de Prevención secundaria y Terciaria, dentro de la Red de su ARS de afiliación. También podrá trasladarse a otro establecimiento o servicio del mismo nivel, cumpliendo los procedimientos establecidos. Igualmente, cada persona registrada en un Servicio de Prevención Secundaria y Terciaria para Hipertensión y o Diabetes, podrá seleccionar el que sea de su preferencia y la ARS está en la obligación de informarle todos los que conforman la Red de PSS a su disposición.

Así mismo, cuando una persona afiliada necesite una atención en establecimientos y servicios de otro nivel de complejidad podrá optar por el PSS de su preferencia dentro de la red de su ARS de afiliación. Inclusive, si lo prefiere, podrá acudir al PSS de su preferencia para atenciones ambulatorias y de internamiento, sin ser referido por el Primer Nivel de Atención. En este caso, lo hará en las mismas condiciones actuales correspondientes al Grupo de prestaciones y coberturas correspondientes en el Catálogo.

**9. ¿Cuánto costará ampliar el catálogo? ¿Se incrementará la cotización de los empleadores o de los afiliados?**

De las 497 coberturas de servicios que han sido identificadas para los dos componentes de la Atención Primaria, 387 ya están incluidas en el catálogo en la actualidad y por tanto financiadas. Se ha calculado actuarialmente que incorporar las 110 nuevas coberturas y absorber los copagos aprobados por el CNSS, además de las nuevas modalidades de cobertura, en el Régimen Contributivo, costarían alrededor de RD\$ 128.32 mensuales per cápita. Este monto sería absorbido por la actual recaudación del Seguro Familiar de Salud, sin incrementar las cotizaciones actuales de los afiliados y empleadores. Estas cotizaciones solo pueden ser modificadas mediante modificaciones de la Ley 87-01 por parte del Congreso. En el Régimen Subsidiado el costo para el Seguro Familiar de Salud sería menor debido a los subsidios presupuestarios que recibe la Red Pública y a que las formas de contratación de los servicios pueden ser diferentes. Por tanto, el cálculo se realizará posteriormente a que el CNSS apruebe las modificaciones al Catálogo.

Este monto señalado para el Régimen Contributivo incluye los gastos administrativos y un 10% del mismo está destinado a incentivos a los Prestadores de Servicios de Salud, para premiar el buen desempeño y el logro de resultados y metas favorables a los pacientes. Estos incentivos estarían vinculados a indicadores que serían establecidos en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y la SISALRIL.

**10. ¿Cuáles son las coberturas específicas que se propone sean incorporadas en el Grupo Uno del catálogo?**

En total, se propone incorporar 497 coberturas en el Grupo Uno modificado del catálogo, denominado Atención Primaria, Promoción y Prevención. Estas coberturas quedarían agrupadas en dos Subgrupos: 1.1. Coberturas de Primer Nivel y 1.2. Coberturas de Prevención Secundaria y Terciaria para personas con Hipertensión Arterial y/o Diabetes.

Las **Coberturas de Primer Nivel de Atención** (Subgrupo 1.1.) incluyen las correspondientes a la Atención Integral para niños y niñas de 0-28 días, Atención Integral de niños y niñas de 29 días a 11 meses y 29 días. Atención Integral de niños y niñas de 1 a 4 años 11 meses y 29 días. Atención Integral de niños y niñas de 5 a 9 años 11 meses y 29 días Atención Integral a la población de 10 a 19 años 11 meses y 29 días. Atención Integral a la población de 20 a 64 años 11 meses y 29 días y Atención Integral a la población de 65 años y más. En la Propuesta presentada se establece explícitamente cada una de las coberturas de servicios correspondientes a cada etapa, incluyendo las atenciones profesionales, atenciones programadas y no programadas, atenciones domiciliarias, vacunaciones, medicamentos esenciales, laboratorios, traslados y otras. Las coberturas para cada etapa del ciclo de la vida incluyen los establecidos en los protocolos de primer Nivel de Atención aprobados por el Ministerio de Salud Pública y ampliados con base en protocolos internacionales.

Las **coberturas de Prevención Secundaria y Terciaria** para Hipertensión Arterial y Diabetes (Subgrupo 1.2) incluye atención profesional multidisciplinaria, medicamentos esenciales, y laboratorios. Las coberturas incluidas han sido tomadas de los protocolos aprobados por el Ministerio de Salud Pública y ampliadas con las correspondientes a Guías Clínicas nacionales e internacionales.

Es de destacar que las ARS solo recibirán el per cápita adicional correspondiente a estas prestaciones por cada afiliado que sea adscrito a establecimientos y/o registrados en servicios de Primer Nivel y/o servicios de prevención Secundaria y Terciaria para Hipertensión y Diabetes. Por los afiliados no adscritos o registrados, continuarán recibiendo temporalmente el per cápita actual establecido.

**11. ¿Cómo podrán las personas afiliadas tener acceso a los establecimientos y servicios que brinden las coberturas de Atención Primaria de Salud?**

De acuerdo con el marco legal y reglamentario vigente, las ARS están obligadas a ofertar a todos sus afiliados el acceso a los servicios de **Primer Nivel de Atención** y a todas las coberturas y prestaciones incluidas en el Plan Básico de Salud (actual PDSS). La propuesta sobre Atención Primaria incluye la obligatoriedad de que todos los afiliados sean adscritos a establecimientos y servicios de Primer Nivel de Atención, debidamente habilitados por el Ministerio de Salud Pública. Por tanto, las ARS tiene la obligación de contratar los establecimientos y servicios de Primer Nivel públicos y privados necesarios.

Los afiliados podrán seleccionar el establecimiento o servicio de Primer Nivel de Atención de su preferencia, dentro de la red de servicios disponible. También podrán solicitar su traslado para otro establecimiento de Primer nivel cuando no estén satisfechos o tengan razones justificadas. Al ser adscrito a un Establecimiento o servicios de Primer Nivel, los afiliados tienen derecho a todas las prestaciones contenidas en el Catálogo para este nivel y a ser referidos a PSS de otros niveles de complejidad cuando lo necesiten, y la ARS estará en la obligación de garantizar su acceso preferencial al PSS de su elección, sin copagos o autorizados.

Los Servicios de **Prevención Secundaria y Terciaria** para personas con Hipertensión y/o Diabetes, una vez sean incorporados como coberturas en el catálogo, constituyen un derecho de todo afiliado que califique con estos diagnósticos. Estas atenciones incluirán medicamentos y laboratorios, sin topes ni copagos no autorizados. Los afiliados que tengan estos diagnósticos podrán ser registrados en el servicio de su preferencia disponible. Sin embargo, no constituyen una obligación para los afiliados, quienes podrán preferir no ser registrados en uno de estos servicios.

**12. ¿Si se aprueban las coberturas de Atención Primaria en el catálogo, un afiliado podrá ir espontáneamente a un especialista de su preferencia, sin ser referido para el Primer Nivel?**

Si. La función de Puerta de Entrada no es una prohibición, por el contrario, es una forma de organizar mejor estas demandas de atenciones especializadas de otros niveles de atención.

Si un paciente es referido desde un servicio de Primer Nivel a otro nivel de atención especializada ambulatoria, tendría como ventaja que iría a la especialidad que requiere, tendría una cita preestablecida y no tendría que pagar más copagos que aquellos establecidos por el CNSS. Si prefiere ir por su propia decisión a algún especialista de la Red de PSS, sin ser referido por el Primer Nivel, podrá solicitar su atención en las mismas condiciones que en la actualidad, en cuanto a la selección de cual especialidad, fechas y horarios de citas, copagos, etc. Igualmente, cuando requiera internamiento. Estas coberturas ambulatorias y de hospitalización permanecen iguales en el Catálogo.

**13. ¿Cómo las coberturas de Atención primaria reducirán el Gasto Familiar?**

De acuerdo con la experiencia internacional, es posible que la incorporación de coberturas de Atención Primaria (Primer Nivel y Prevención Secundaria y Terciaria) impacte positivamente en el Gasto familiar de diversas formas. Dependerá del desarrollo progresivo de la oferta de servicios y su contratación, así como de la calidad y capacidad de dichos servicios.

Los mayores impactos en el corto y mediano plazo podrían estar relacionados con los siguientes procesos:

- a. Ampliación y diversificación de la oferta de servicios, como consecuencia de la necesidad de contratación de un elevado número de nuevos PSS por parte de las ARS, para satisfacer los derechos de los afiliados a las nuevas coberturas incorporadas al catálogo.
- b. Acceso programado y no programado a establecimientos y servicios de Primer Nivel, incluyendo los medicamentos esenciales y procedimientos de diagnóstico y laboratorio, sin copagos no aprobados por el CNSS.
- c. Aplicación de protocolos y Guías Clínicas con fundamentación científica.
- d. Atención integral protocolizada para la Hipertensión y la Diabetes, incluyendo los medicamentos esenciales y exámenes complementarios establecidos en los protocolos, sin copago no autorizados.
- e. Referencias a niveles especializados de mayor complejidad mejor sustentadas en criterios profesionales y en un conocimiento integral de la persona y la familia.
- f. Reducción de las complicaciones de Diabetes y de Hipertensión Arterial y diagnóstico oportuno de los principales problemas crónicos de salud.
- g. Atención de primer nivel para urgencias y emergencias en el mismo establecimiento o servicio primario.
- h. Cobertura de traslados a establecimientos de otro nivel, en situaciones de emergencia.
- i. Atención y cuidado domiciliario cuando sea indispensable.

**14. ¿Podrían los actuales Prestadores de Servicios de Salud desarrollar establecimientos y servicios para brindar coberturas de Atención Primaria?**

Si. Por supuesto. No hay impedimento alguno para que cualquiera de los actuales Prestadores de Servicios de Salud, públicos o privados, lucrativos o sin fines de lucro, puedan desarrollar establecimientos y servicios de primer Nivel de Atención y/o de Prevención Secundaria y Terciaria mediante atención integral de personas con Hipertensión Arterial y /o Diabetes. El único requisito sería el obtener la habilitación por parte del Ministerio de Salud Pública, en cumplimiento de la Ley 42-01. Igualmente, nada impide que un PSS que actualmente oferta servicios de internamiento se convierta, por su propia voluntad, en un servicio ambulatorio de Atención Primaria de Primer Nivel y/o de Prevención secundaria y Terciaria.

Para ser contratados como PSS de Primer Nivel y/o como Servicios de Prevención Secundaria y Terciaria, deberán ofertar como mínimo las coberturas descritas en el catálogo del Seguro Familiar de salud dentro del Grupo Uno (Atención Primaria, Promoción y Prevención) en forma directa o mediante PSS asociados.

**15. ¿Cómo se establecerán las tarifas y honorarios de contratación de los Prestadores de Servicios para Atención Primaria?**

La Ley 87-01 establece que el CNSS es el órgano con facultad para definir las tarifas y honorarios mínimos para los profesionales y servicios contratados para el Seguro Familiar de Salud. También, esta Ley establece que el **Comité Nacional de Honorarios Profesionales** propone al CNSS el establecimiento y revisión periódica de dichas tarifas y honorarios mínimos.

La propuesta sobre Atención Primaria, presentada por la SISALRIL al CNSS, sugiere que se priorice la contratación en forma capitada, es decir por cada persona y familia de cuya atención de salud es responsable. Se propone que la contratación de PSS incluya un 10% adicional para establecer incentivos para los Prestadores de Servicios de Salud como estímulo a su buen desempeño y cumplimiento de metas y resultados favorables a los pacientes, con base en indicadores aprobados por el Ministerio de Salud Pública y monitoreados por la SISALRIL.

**16. ¿Podría aun presentarse aportes técnicos después que la propuesta sobre Atención Primaria está en el CNSS?**

Si. Es perfectamente posible enviar propuestas y aportes técnicos ante el CNSS, para enriquecer el trabajo de las Comisiones Técnicas que sean apoderadas, mientras no haya adoptado decisiones. La presentación de la propuesta por parte de la SISALRIL no cierra el proceso de consideración técnica, por el contrario lo amplía.

La SISALRIL exhorta a todos los sectores de la sociedad para conocer la propuesta presentada y, si así lo consideran, hagan llegar sus aportes técnicos que permitan mejorarla. Más aún, cualquier sector interesado podría enviar a la SISALRIL sus planteamientos técnicos y serían canalizados ante el Consejo Nacional de Seguridad Social a la brevedad posible.

**17. ¿Cuánto tiempo se requerirá para implementar las coberturas de Atención Primaria que apruebe el CNSS incluir en el Catálogo?**

La SISALRIL ha estimado que, una vez el CNSS apruebe la reforma del Grupo Uno del Catálogo de coberturas, será necesario un período de transición que podría ser de 9 meses a un año.

En este período, la SISALRIL desarrollaría el sistema de información y monitoreo, y adecuaría las Normativas sobre Contratación de los PSS, el Ministerio de Salud Pública deberá aprobar los Protocolos y Guías Clínicas necesarios, y el Comité de Honorarios deberá presentar al CNSS una propuesta de tarifas y honorarios mínimos para los PSS de Atención Primaria. La Tesorería de la Seguridad Social deberá hacer las adecuaciones

necesarias para que los pagos a las ARS, que corresponden a APS, estén vinculados a la adscripción y registro de los afiliados a los establecimientos y servicios

Así mismo, se espera que en este período se desarrollarán progresivamente los PSS de Atención Primaria en cantidad y calidad suficientes, las ARS habrán de avanzar en las contrataciones correspondientes y el Ministerio de Salud Pública habilitará a los PSS que cumplan los requerimientos establecidos.

**18. ¿Cómo puedo obtener una copia de la propuesta sobre Atención primaria presentada al CNSS?.**

Puede ser solicitada a la SISALRIL por vía de la Oficina de Acceso a la Información. También puede ser obtenida en la página web de esta Superintendencia ( [www.sisalril.gob.do](http://www.sisalril.gob.do) ).