



SESIÓN ORDINARIA DEL CNSS No. 553
22 de septiembre del 2022, 09:00 a.m.

Resolución No. 553-01: Se aprueban las Actas de las Sesiones del CNSS Nos. 548 y 552 d/f 28/07/22 y 08/09/22, respectivamente; con las observaciones realizadas.

Resolución No. 553-02: CONSIDERANDO 1: Que el **Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)**, mediante la **Resolución No. 552-09, d/f 8/9/2022** remitió a la **Comisión Permanente de Presupuesto, Finanzas e Inversiones (CPFel)**, la propuesta de la **SISALRIL** de elementos a considerar para la inclusión de nuevos beneficios en el PBS/PDSS, para los afiliados al Seguro Familiar de Salud (SFS), recibida a través de la Comunicación No. 5798, d/f 31/08/22, para fines de análisis y estudio; y tendrá como invitados a los miembros de la **Comisión Permanente de Salud (CPS)**, así como, todos los consejeros que manifiesten interés de participar, tomando en cuenta el **Principio de Celeridad**, debiendo dicha Comisión presentar su informe al **CNSS**.

CONSIDERANDO 2: Que los miembros de la **Comisión Permanente de Presupuesto, Finanzas e Inversiones (CPFel)**, teniendo como invitados a los miembros de la **Comisión Permanente de Salud (CPS)**, se reunieron en varias ocasiones para evaluar y analizar con detenimiento la propuesta presentada por la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)** para considerar la inclusión de nuevos beneficios en el PBS/PDSS, para los afiliados al Seguro Familiar de Salud (SFS)

CONSIDERANDO 3: Que el **Artículo 7** de la **Constitución** establece que la República Dominicana es un **Estado Social y Democrático de Derecho**, organizado en forma de República unitaria, fundado en el respeto de la dignidad humana, los derechos fundamentales, el trabajo, la soberanía popular y la separación e independencia de los poderes públicos.

CONSIDERANDO 4: Que la Constitución de la República, en su **Artículo 8**, establece como **función esencial del Estado**, la protección efectiva de la persona, el respeto de su dignidad y la obtención de los medios que le permitan perfeccionarse de forma igualitaria, equitativa y progresiva, dentro de un marco de libertad individual y de justicia social, compatibles con el orden público, el bienestar general y los derechos de todos y todas.

CONSIDERANDO 5: Que el **Artículo 60** de la Constitución establece el **Derecho a la Seguridad Social** como un derecho fundamental, cuando expresa lo siguiente: "Toda persona tiene derecho a la seguridad social. El Estado estimulará el desarrollo progresivo de la seguridad social para asegurar el acceso universal a una adecuada protección en la enfermedad, discapacidad, desocupación y la vejez."

CONSIDERANDO 6: Que el **Artículo 61** de la Constitución dispone el **Derecho a la Salud**: "Toda persona tiene derecho a la salud integral. En consecuencia: 1) El Estado debe velar por la protección de la salud de todas las personas, (...), así como procurar los medios para la prevención y tratamiento de todas las enfermedades, asegurando el acceso a medicamentos de calidad y dando asistencia médica y hospitalaria gratuita a quienes la requieran; 2) El Estado garantizará, mediante legislaciones y políticas públicas, el ejercicio de los derechos económicos y sociales de la población de menores ingresos y, en

EB

consecuencia, prestará su protección y asistencia a los grupos y sectores vulnerables; combatirá los vicios sociales con las medidas adecuadas y con el auxilio de las convenciones y las organizaciones internacionales”.

CONSIDERANDO 7: Que en fecha 9 de mayo del 2001, fue promulgada la Ley No. 87-01, que crea el nuevo Sistema Dominicano de Seguridad Social, el cual tiene por objeto regular y desarrollar los derechos y deberes recíprocos del Estado y de los ciudadanos, en lo concerniente 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.

CONSIDERANDO 8: Que dentro de los Principios rectores del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) consagrados en el **Artículo 3 de la Ley 87-01**, se encuentra el **Principio de Participación**, en virtud del cual: “Todos los sectores sociales e institucionales involucrados en el SDSS tienen derecho a ser tomados en cuenta y a participar en las decisiones que les incumben”.

CONSIDERANDO 9: Que el referido **Artículo 3** de la Ley 87-01, consagra también el **Principio de la Integralidad**, el cual dispone que: “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”, el **Principio de Unidad** que establece que: “Las prestaciones de la Seguridad Social deberán coordinarse para constituir un todo coherente, en correspondencia con el nivel de desarrollo nacional”; y el **Principio de Equidad** que plantea que: “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”.

CONSIDERANDO 10: Que el **Artículo 129** de la indicada Ley 87-01, establece que, el SDSS garantizará a toda la población dominicana, independiente del régimen financiero al que pertenezca, un Plan Básico de Salud, de carácter integral, compuesto por los servicios descritos en dicho artículo.

CONSIDERANDO 11: Que el **Párrafo II, del Artículo 129** de la Ley 87-01, dispone que, el CNSS aprobará un Catálogo detallado con los servicios que cubre el Plan Básico de Salud (PBS).

CONSIDERANDO 12: Que el **Artículo 148** de la referida Ley 87-01 establece que, las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) tienen como función asumir y administrar el riesgo de la provisión del Plan Básico de Salud (PBS), a una determinada cantidad de beneficiarios, mediante un pago per cápita, previamente establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

CONSIDERANDO 13: Que el **Artículo 169** de la Ley 87-01, dispone que, el monto del per cápita será establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) mediante cálculos actuariales y será revisado anualmente en forma ordinaria y semestralmente, en casos extraordinarios.

CONSIDERANDO 14: Que, en cumplimiento de las disposiciones anteriores, se han efectuado las revisiones al per cápita del PBS que se listan a continuación: Resolución



CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

Administrativa de la SISALRIL No. 147-2007, de fecha 18 de diciembre del 2007; Resolución del CNSS No. 219-02, de fecha 10 de septiembre del 2009; Resoluciones del CNSS Nos. 227-01 y 227-02, de fecha 21 de diciembre del 2009; Resolución del CNSS No. 279-02, de fecha 6 de octubre de 2011; Resolución del CNSS No. 321-01, de fecha 30 de julio de 2013; Resolución del CNSS No. 375-02, de fecha 29 de octubre de 2015; confirmada a través de la Resolución del CNSS No. 395-01, de fecha 23 de junio del 2016, Resolución del CNSS No. 431-02, de fecha 19 de octubre de 2019, Resolución del CNSS No. 482-07, de fecha 24 de octubre de 2019 y la Resolución del CNSS No. 533-01, de fecha 8 de octubre del 2021.

CONSIDERANDO 15: Que el CNSS a través de la **Resolución No. 151-09, en fecha 6 de febrero de 2006**, estableció una cuota moderadora variable de un 20% a cargo del afiliado, la cual fue posteriormente reducida para algunos servicios, disponiendo lo siguiente: “Se aprueban las cuotas moderadoras (fija y variable) y copago, según lo establecido en el anexo titulado “Cobertura del Plan de Servicios de Salud en Etapa Inicial” del acuerdo ratificado en el punto No. 2 de la presente agenda para que se lea de la siguiente manera:
- Copago: de un 30% para las prestaciones farmacéuticas ambulatorias, de conformidad con el art. 130, de la Ley 87-01 - Cuota Moderadora Fija de RD\$100 para Atención Ambulatoria (consultas) - Cuota Moderadora Variable: 20% del valor del servicio con tope de dos (2) salarios cotizables”.

CONSIDERANDO 16: Que el CNSS mediante la **Resolución No. 533-01, de fecha 8 de octubre del 2021**, incrementó **Ciento Sesenta Pesos con 00/100 (RD\$160.00)** el per cápita mensual del Seguro Familiar de Salud (SFS) del **Régimen Contributivo (RC)**, pasando de Mil Ciento Sesenta y Siete Pesos con 81/100 (RD\$1,167.81) a **Mil Trescientos Veintisiete Pesos Con 81/100 (RD\$1,327.81)**, a partir de la cobertura del mes de octubre del 2021.

CONSIDERANDO 17: Que, posteriormente, el CNSS mediante la **Resolución No. 537-03, de fecha 24 de marzo del 2022**, en cumplimiento al dispositivo **Décimo de la Resolución No. 533-01 del 8 de octubre del 2021**, aprobó el incremento de **Veintidós Pesos con 00/100 (RD\$22.00)** al per cápita mensual del Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Subsidiado (RS), de manera que pasó de Doscientos Treinta y Siete Pesos con 38/100 (RD\$237.38) a **Doscientos Cincuenta y Nueve Pesos con 43/100 (RD\$259.43)** con cargo a la Cuenta Cuidado de la Salud de las Personas del Seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado, que se realizó de manera retroactiva a partir de enero del 2022.

CONSIDERANDO 18: Que, el CNSS mediante la **Resolución No. 371-04 del 03 de septiembre 2015**, dejó establecido en el dispositivo **CUARTO** lo siguiente: “En lo adelante, tan pronto el Comité Nacional de Salarios apruebe y el Ministerio de Trabajo refrende una nueva escala para los salarios mínimos para el Sector Privado no Sectorizado, la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) podrá establecer el nuevo monto de salario mínimo nacional para el período subsiguiente, utilizando la metodología del cálculo establecida en la Resolución 32-07 del 27 de junio de 2002”.

CONSIDERANDO 19: Que, en ese orden, el **Comité Nacional de Salarios** emitió la **Resolución No. 22-2019, d/f 9/7/2019** mediante la cual actualizó el salario mínimo del sector privado no sectorizado y en cumplimiento a lo establecido en la misma, la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), se ha mantenido fijando, con base en la metodología de

Handwritten signature or initials.

cálculo establecida por el CNSS, el **Salario Mínimo Nacional**, el cual a partir de enero del 2022 fue fijado en la suma de **Dieciséis Mil Doscientos Sesenta y Dos Pesos con 50/100 (RD\$16,262.50)**, cuyo monto es el que se utiliza para fines de cálculo de los topes de cotización del Régimen Contributivo para el Seguro Familiar de Salud, Seguro de Riesgos Laborales y el Seguro de Vejez, Discapacidad y Supervivencia, tomando en cuenta que, el límite máximo de un salario mínimo como cuota moderadora variable será renovada cada año, conforme se renueve el año cotización.

CONSIDERANDO 20: Que el Artículo 176 de la Ley 87-01, establece que la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)** tiene como función, entre otras, 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.

CONSIDERANDO 21: Que dado los avances en la medicina se hace necesario incorporar al Catálogo de Prestaciones del PBS/PDSS, mediante resolución del CNSS, los medicamentos y procedimientos que garanticen los mejores resultados de la práctica clínica y la gestión del riesgo de la salud de los afiliados, así como, reducir el impacto del gasto de bolsillo de los afiliados.

CONSIDERANDO 22: Que a tales efectos, se acogió la propuesta presentada por la **SISALRIL** de aumentar el per cápita mensual del Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Contributivo (RC), a **Ciento Sesenta y Dos Pesos con 33/100 (RD\$162.33)**, incluyendo los nuevos servicios al PBS/PDSS, que se describen a continuación: Disminución de la Cuota Moderadora Variable de Dos (2) Salarios Mínimos a Un (1) Salario Mínimo correspondiente por evento para los grupos 5, 6 (cesárea) y 7; por Sub Grupo por año para el Grupo 9 y por año para todo el Grupo 13 del PDSS; Ampliación y unificación de Cobertura de Medicamentos de Alto Costo relacionados al Tratamiento del Cáncer, Neoadyuvantes, Adyuvantes y Paliativos a RD\$2,090,000.00; manteniendo la cobertura de RD\$1,000,000.00 para todos los servicios incluidos en los Sub Grupos 9.15 y 9.16, distintos a medicamentos; estas coberturas aplicarán para tratamientos de tumoraciones benignas.

CONSIDERANDO 23: Que asimismo, fueron acogidas la inclusión de los dispositivos médicos, Materiales y Equipos como (electrocoagulación, Hemostasia y Suturas Mecánicas, Microscopio, Neuronavegador, Aspirador Ultrasónico, Neuromonitor, entre otros) para procedimientos contemplados en el PDSS; Extensión de la cobertura de medicamentos de Alto Costo a RD\$1,000,000.00, para otras patologías No Oncológicas y Cobertura para otros procedimientos como: Laparoscopia Diagnóstica, Apendicetomía por Laparoscopia y Terapias Dialíticas continuas.

CONSIDERANDO 24: Que para fines de medir el impacto o efectos de la ampliación de coberturas en los servicios de salud e indexación, que generaría el aumento de la cápita sobre la Cuenta del Cuidado de la Salud de las Personas (CCS) del Régimen Contributivo, fueron proyectados tres posibles escenarios, en el Modelo Simulador de la Suficiencia Financiera de la CCS, elaborado por la TSS e interactuando con las probabilidades contempladas y el efecto sobre esta cuenta de las mismas, exponiendo el Ing. Henry Sahdalá, Tesorero de la TSS, la garantía de recuperación de dicha cuenta en relación al tiempo y monto, sin eventos adversos de por medio, evidenciándose la suficiencia

EP

económica, aspecto que con el aumento del per cápita sugerido, no pone en riesgo el equilibrio financiero del Sistema.

CONSIDERANDO 25: Que el artículo 169 de la Ley 87-01 que crea el SDSS, dispone lo siguiente: *“Pago por capitación. La Tesorería de la Seguridad Social pagará (...) a todas las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), públicas y privadas, una tarifa fija mensual por persona protegida por la administración y prestación de los servicios del plan básico de salud. Su monto será establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), mediante cálculos actuariales, será revisado anualmente en forma ordinaria y semestralmente en casos extraordinarios. Sin perjuicio de lo anterior, cuando se desarrollen las condiciones técnicas necesarias. Dicho Consejo podrá establecer tarifas diferenciadas en función del riesgo individual de los beneficiarios”.*

CONSIDERANDO 26: Que mediante la Resolución del CNSS No. 278-06, de fecha 28 de julio de 2011, se aprobó la propuesta de Metodología de Evaluación Periódica, Seguimiento e Indexación del Costo del Plan Básico de Salud presentada por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), sustituyendo el IPC Salud por el IPC General en todas las estimaciones y cálculos presentes en la propuesta, disponiendo que el IPC Salud sólo sea utilizado como referencia.

CONSIDERANDO 27: Que para el aumento del per cápita por efectos de inflación se utilizó la variabilidad promedio del IPC General e IPC Salud, en virtud a lo antes establecido, para que en lo adelante el per cápita mensual del Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Contributivo (RC) sea Ciento Sesenta y Dos Pesos con 33/100 (RD\$162.33), incluyendo los nuevos servicios al PBS/PDSS.

CONSIDERANDO 28: Que, de acuerdo con el análisis realizado durante las reuniones con los miembros de la Comisión Permanente de Presupuesto, Finanzas e Inversiones, y de la Comisión Permanente de Salud, se determinó que, en lo relativo al Régimen Subsidiado administrado por la ARS SeNaSa, en cuanto a los beneficios aprobados en la presente resolución entrarán en vigor a partir del mes de enero del 2023, luego de agotar el proceso correspondiente en la Comisión.

CONSIDERANDO 29: Que 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, según lo establece el Art. 174 de la Ley 87-01.

CONSIDERANDO 30: Que el CNSS tiene a su cargo la dirección y conducción del SDSS; y como tal, es responsable de establecer las políticas, regular el funcionamiento del Sistema y de sus instituciones, garantizar la extensión de cobertura, defender los beneficiarios, así como, velar por el desarrollo institucional, la integralidad de sus programas y el equilibrio financiero del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

VISTAS: La Constitución de la República, la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, sus modificaciones y sus normas complementarias, las Resoluciones del CNSS, los informes con propuestas de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), y el Modelo Simulador de la Suficiencia Financiera presentado por la Tesorería de la Seguridad Social (TSS).



El **CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL (CNSS)**, en atribución de las funciones que le otorgan la Ley No. 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social y sus normas complementarias.

RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR las propuestas presentadas por la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)** ante el **Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)**, con los nuevos beneficios a ser incorporados en el **Catálogo de Prestaciones del PBS/PDSS**, en favor de los afiliados del **Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Contributivo**, de manera que, en atención a la **Resolución del CNSS No. 533-01, d/f 8 de octubre del 2021**, el cálculo del aumento del per cápita del PBS/PDSS se realice en función del ajuste por inflación del promedio obtenido entre el IPC General e IPC Salud, el cual en virtud de lo establecido en el **artículo 169 de la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS)**, se reconocerá por el período correspondiente de marzo del 2021 a marzo del 2022.

SEGUNDO: APROBAR el incremento de **Ciento Sesenta y Dos Pesos con 33/100 (RD\$162.33)** al per cápita mensual del Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Contributivo (RC), pasando de **Mil Trescientos Veintisiete Pesos con 81/100 (RD\$1,327.81)** a **Mil Cuatrocientos Noventa Pesos con 14/100 (RD\$1,490.14)**, con cargo a la Cuenta del Cuidado de la Salud de las Personas del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, a partir de la dispersión de Septiembre del año 2022, para recibir los nuevos beneficios de las coberturas, de manera retroactiva, a partir del **1 de agosto del 2022**. Así mismo, se reconocerá la suma de **Ciento Dos Pesos con 71/100 (RD\$102.71)** por concepto de indexación al per cápita mensual, retroactivo al **1ero. de agosto del 2022**, con cargo a la Cuenta del Cuidado de la Salud de las Personas del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, que incluirá el reembolso de gastos médicos incurridos y pagados por el afiliado, correspondientes a las coberturas incluidas en la presente resolución, desde el **1ero. de agosto del 2022** hasta la entrada en vigencia de la misma.

PÁRRAFO I: Las **ARS** deberán reembolsar a los afiliados del Régimen Contributivo los gastos incurridos por los nuevos beneficios incluidos en la presente resolución a partir de su efectividad.

PÁRRAFO II: Los afiliados que tengan **dependientes adicionales** pagarán este nuevo per cápita a partir de la facturación del mes de **octubre del año 2022** y recibirán los nuevos beneficios descritos en la presente resolución a partir del **1 de noviembre del 2022**.

TERCERO: APROBAR la inclusión en el Catálogo de Prestaciones del PDSS de los beneficios descritos a continuación: **1)** Disminución de la Cuota Moderadora Variable de Dos (2) Salarios Mínimos a Un (1) Salario Mínimo correspondiente por evento para los grupos 5, 6 (cesárea) y 7; por Sub Grupo por año para el Grupo 9 y por año para todo el Grupo 13 del PDSS. **2)** Ampliación y unificación de Cobertura de Medicamentos de Alto Costo relacionados al Tratamiento del Cáncer, Neoadyuvantes, Adyuvantes y Paliativos a RD\$2,090,000.00; manteniendo la cobertura de RD\$1,000,000.00 para todos los servicios incluidos en los Sub Grupos 9.15 y 9.16, distintos a medicamentos; estas coberturas aplicarán para tratamientos de tumoraciones benignas **3)** Cobertura en dispositivos

Médicos, Materiales y Equipos como (electrocoagulación, Hemostasia y Suturas Mecánicas, Microscopio, Neuronavegador, Aspirador Ultrasónico, Neuromonitor, entre otros) para procedimientos contemplados en el PDSS 4) Extensión de la cobertura de medicamentos de Alto Costo a RD\$1,000,000.00, para otras patologías No Oncológicas y 5) Cobertura para otros procedimientos como: Laparoscopia Diagnóstica, Apendicetomía por Laparoscopia y Terapias Dialíticas continuas.

PÁRRAFO: El incremento del per cápita previsto mensual que respalda los efectos de la ampliación de los beneficios en el Catálogo de Prestaciones del PDSS y de la indexación, en la presente resolución, se detallan en los Cuadros 1 y 2 presentados a continuación:

CUADRO No. 1. VALOR DEL PER CÁPITA MENSUAL QUE RESPALDA LOS EFECTOS DE LA AMPLIACIÓN Y DE LA INDEXACIÓN. AÑO 2022 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Descripción	Valor con INDEXACIÓN A marzo 2022 en pesos dominicanos
Per Cápita Indexado	RD\$1,490.14
Per Cápita Actual	RD\$1,327.81
Incremento Per Cápita Mensual con 10% de GA	RD\$162.33
Per Cápita Indexación Con Gastos Administrativos	RD\$102.71
Incremento Per Cápita por ampliación Beneficios con 10% GA	RD\$59.62
Incremento Per cápita por ampliación Beneficios	RD\$53.66
Gasto Administrativo Beneficios	RD\$5.96

Fuente: SISALRIL

CUADRO No. 2. Nuevos beneficios incluidos en el Catálogo de Prestaciones del PDSS divididos por bloques, atendiendo al grupo del PBS/PDSS:

Nuevos Beneficios incluidos en el Catálogo de Prestaciones del PDSS	Incremento Per Cápita por ampliación de beneficios, sin gastos administrativos.
<ul style="list-style-type: none"> Disminución de la Cuota Moderadora Variable de Dos (2) Salarios Mínimos a Un (1) Salario Mínimo correspondiente por evento para los grupos 5, 6 (cesárea) y 7; por Sub Grupo por año para el Grupo 9 y por año para todo el Grupo 13 del PDSS. 	RD\$14.65

<ul style="list-style-type: none"> Ampliación y unificación de Cobertura de Medicamentos de Alto Costo relacionados al Tratamiento del Cáncer, Neoadyuvantes, Adyuvantes y Paliativos a RD\$2,090,000.00; manteniendo la cobertura de RD\$1,000,000.00 para todos los servicios incluidos en los Sub-Grupos 9.15 y 9.16, distintos a medicamentos; estas coberturas aplicarán para tratamientos de tumoraciones benignas. Extensión de la cobertura de medicamentos de Alto Costo a RD\$1,000,000.00, para otras patologías No Oncológicas 	RD\$24.33
<ul style="list-style-type: none"> Cobertura en dispositivos Médicos, Materiales y Equipos como (electrocoagulación, Hemostasia y Suturas Mecánicas, Microscopio, Neuronavegador, Aspirador Ultrasónico, Neuromonitor, entre otros) para procedimientos contemplados en el PDSS 	RD\$10.75
<ul style="list-style-type: none"> Cobertura para otros procedimientos como: Laparoscopia Diagnóstica, Apendicetomía por Laparoscopia y Terapias Dialíticas continuas. 	RD\$3.94
<p>Total, del incremento Per Cápita por ampliación de Beneficios, sin gastos administrativos.</p>	RD\$53.66

Fuente: SISALRIL

CUARTO: APROBAR la reducción del límite máximo de cuota moderadora variable a cargo de los afiliados de Dos (2) Salarios Mínimos a Un (1) Salario Mínimo correspondiente por evento para los grupos 5, 6 (cesárea) y 7; por Sub-Grupo por año para el Grupo 9 y por año para todo el Grupo 13 del PDSS, lo que contribuirá a la disminución del gasto de bolsillo.

PÁRRAFO I: Para fines de aplicación de este beneficio, se deberá tomar en consideración los siguientes elementos:

- a. El límite máximo establecido como cuota moderadora variable, será aplicado para todos los servicios cubiertos por el PDSS, indistintamente de que en un mismo evento se conjugue la utilización de servicios correspondientes a varios grupos o subgrupos que cuenten con coberturas diferenciadas.
- b. De manera particular, aplicará un salario mínimo como límite máximo correspondiente a la cuota moderadora variable para cada subgrupo del **Grupo 9** de Alto Costo, con excepción de los subgrupos que conllevan a hospitalización. Y para el Grupo 13 (Trasplante Renal), aplicará un salario mínimo para los cuatro subgrupos, aún y cuando requiera de la asociación con servicios correspondientes a otros subgrupos o grupos del PDSS.

Handwritten signature or initials.

- c. Una vez agotado el pago de un salario mínimo como límite máximo de cuota moderadora variable, para los subgrupos del Grupo 9 y 13, las ARS otorgarán la cobertura requerida al 100%, hasta agotar el disponible del afiliado, y/o hasta que se renueve el año cotización.
- d. El límite máximo de un salario mínimo como cuota moderadora variable será renovada cada año, conforme se renueve el año cotización.
- e. Quedan exentos de esta regulación los servicios correspondientes a los Grupos 1 Promoción y Prevención, 4 Emergencia, 2 Consulta, 8 Apoyo Diagnóstico, 10 Rehabilitación, 11 Hemoterapia y 12 Medicamentos Ambulatorios.
- f. Las Prestadoras de Servicios de Salud deberán emitir en una única factura todos los servicios otorgados a los afiliados, identificando en la misma el monto cubierto por la ARS y los montos a cargo de los afiliados, incluyendo los servicios no cubiertos por el PDSS.
- g. Las ARS deberán autorizar a los Prestadores de Servicios de Salud según los montos facturados, las coberturas del PDSS y límites establecidos.
- h. Los afiliados serán responsables del pago máximo de un salario mínimo, más los costos generados por servicios no cubiertos, al utilizar los servicios de hospitalización, cesárea, cirugía, alto costo y trasplante renal.

PÁRRAFO II: Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) deberán separar la cuenta, considerando que sólo los Grupos 9 y 13 cuentan con una cobertura limitada, por lo que, los consumos realizados a cargos de otros Grupos del PDSS deberán ser garantizados ilimitadamente. El tope de un salario mínimo por concepto del Grupo 9 aplicará también los servicios ambulatorios incluidos en este grupo. El trasplante renal, en todo su conjunto, desde la evaluación del receptor y donante hasta el trasplante mismo, sólo pagará una cuota moderadora variable (tope un salario mínimo) por año cotización.

QUINTO: APROBAR la ampliación de Cobertura de Medicamentos de Alto Costo relacionados al Tratamiento del Cáncer en RD\$1,000,000.00, y se unifica la cobertura ya dispuesta junto a la correspondiente a los Neoadyuvantes, Adyuvantes y Paliativos a RD\$2,090,000.00; manteniendo la cobertura de RD\$1,000,000.00 para todos los servicios incluidos en los Sub Grupos 9.15 y 9.16, distintos a medicamentos; así como, se **APRUEBA** la extensión de la cobertura de medicamentos de Alto Costo a RD\$1,000,000.00, para otras patologías No Oncológicas.

PÁRRAFO I: Las coberturas definidas en los Sub-Grupos 9.15 y 9.16, incluyendo los medicamentos de Alto Costo, aplicarán para el tratamiento de tumoraciones benignas.

PÁRRAFO II: Se crea el Subgrupo 9.19 y se unifica la cobertura de los medicamentos de Alto Costo para el tratamiento oncológico, a citar: **(Ver Cuadro No. 3)**

EP

- Medicamentos de Alto Costo incluidos mediante la Resolución del CNSS No. 431-02, d/f 19/10/2017, con cobertura de RD\$1,000,000.00 para el Sub-Grupo descrito en el Cuadro No. 3.
- Medicamentos de Alto Costo incluidos en el PDSS con anterioridad a la Resolución del CNSS No. 431-02 para los cuales aplica la cobertura de RD\$1,000,000.00.
- Medicamentos neoadyuvantes, adyuvantes y paliativos con cobertura actual de RD\$90,000.00, incluidos mediante Resolución del CNSS No. 227-02, d/f 21/12/2009.

Cuadro No. 3

SIMON	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE ADULTOS Y PEDIÁTRICOS, NEOADYUVANTES, ADYUVANTES Y PALIATIVOS
14898	ABIRATERONA
14025	ACETATO DE MEGESTROL
14032	ACIDO FOLINICO
14678	ÁCIDO IBANDRÓNICO
14681	ÁCIDO ZOLEDRÓNICO
14899	ALBÚMINA+PLAQUITAXEL
14900	ANASTRAZOL
14901	APREPITANT
14083	AZATIOPRINA
14902	BASILIXIMAB
14903	BENDAMUSTINA
14904	BEVACIZUMAB
14696	BICALUTAMIDA
14098	BLEOMICINA
14905	BORTEZOMIB
14107	BUSULFAN
14890	CAPECITABINA
14119	CARBOPLATINO
14906	CETUXIMAB
14129	CICLOFOSFAMIDA
14132	CICLOSPORINA
14136	CIPROTERONA ACETATO
14138	CISPLATINO
14140	CITARABINA
14153	CLORAMBUCILO
14175	DACARBAZINA
14176	DACTINOMICINA
14907	DASATANIB
14180	DAUNORUBICINA

ET



CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

14184	DEXAMETASONA
14207	DOCETAXEL
14908	DOXORRUBICINA LIPOSOMAL
14210	DOXORUBICINA
14909	ERLOTINIB
14244	ETOPOSIDO
14245	EVEROLIMUS
14910	EXEMESTANO
14255	FILGASTRIM
14022	FLUDROCORTISONA ACETATO
14264	FLUOROURACILO
14267	FLUTAMIDA
14268	FOLINATO CALCICO
14911	FULVESTRANT
14891	GEMCITABINA
14284	GOSERELINA
14285	GRANISETRON
14298	HIDROXIUREA
14912	IBRUTINIB
14306	IFOSFAMIDA
14307	IMATINIB
14892	IRINOTECÁN
14913	LAPATINIB
14347	L-ASPARAGINASA
14914	LENALIDOMIDA
14915	LETROZOL
14356	LEUCOVORIN
14357	LEUPRORELIN (LEUPROLIDE)
14379	MECLORETAMINA
14382	MELFALAN
14385	MERCAPTOPURINA
14387	MESNA
14391	METILPREDNISOLONA
14394	METOCLOPRAMIDA
14396	METOTREXATO
14401	MICOFENOLATO DE MOFETILO
14916	MICOFENOLATO SÓDICO
14405	MITOMICINA C
14437	ONDANSETRÓN
14439	OXALIPLATINO
14446	PACLITAXEL
14917	PERMETREXED
14918	PERTUZUMAB

46

14480	PREDNISOLONA
14481	PREDNISONA
14487	PROCARBAZINA
14518	RITUXIMAB
14919	SIROLIMUS
14920	SUNITINIB
14556	TACROLIMUS
14557	TAMOXIFENO
14893	TEMOZOLAMIDA
14579	TRASTUZUMAB
14587	TROPISETRON
14616	VINBLASTINA
14617	VINCRISTINA

Fuente: Sisalril.

PÁRRAFO III: Para fines de aplicación de este beneficio, se deberá tomar en consideración los siguientes elementos:

- a) Las ARS autorizarán los medicamentos de alto costo para el tratamiento oncológico adultos y pediátricos (citados en el cuadro anterior), incluyendo los necesarios para el tratamiento de las tumoraciones benignas, con una cobertura del 80% hasta el tope de RD\$2,090,000.00 y un límite máximo de copago de un (1) salario mínimo por año cotización.
- b) Para los casos de que se requiera algún medicamento de la lista de medicamentos ambulatorios del Grupo 12, como parte del tratamiento integral o paliativo del cáncer, este será autorizado bajo la cobertura de alto costo, atendiendo al tope y disponible de RD\$2,090,000.00.
- c) Los medicamentos correspondientes a la Hemodiálisis y Trasplante Renal, continuarán otorgándose, bajo las condiciones establecidas para el subgrupo y grupo correspondiente, según lo establecido en la Resolución del CNSS No. 533-01, d/f 8/10/2021.
- d) Se incluye un nuevo Subgrupo 9.20 en el Grupo 9 de Alto Costo, con tope de RD\$1,000,000.00 y un límite máximo de copago un salario mínimo por año cotización, para la cobertura de medicamentos de Alto Costo para patologías distintas a cáncer. (Ver cuadro No. 4)

CUADRO No. 4 MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO QUE SE REQUERIRÍA GARANTIZAR PARA EL TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS DISTINTAS AL CÁNCER. SUBGRUPO 9.19.

SP



CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

Patologías	SIMON	MEDICAMENTOS
Trastorno de crecimiento	14537	SOMATROPINA
Artritis reumatoide	14132	CICLOSPORINA
	14396	METOTREXATO
	14518	RITUXIMAB
	14083	AZATIOPRINA
Lupus Eritematoso Sistémico	14401	MICOFENOLATO MOFETILO
	14916	MICOFENOLATO SÓDICO
	14129	CICLOFOSFAMIDA
	14295	HIDROXICLOROQUINA SULFATO
Enfermedad Renal	14556	TACROLIMUS
	14046	ALBUMINA HUMANA
Hemofilia	14246	FACTOR IX COMPLEJO
	14247	FACTOR VIII
Inmunodeficiencias	14319	INMUNOGLOBULINA HUMANA INESPECÍFICA
Enfermedad de Kawasaki	14319	INMUNOGLOBULINA HUMANA INESPECÍFICA
Púrpura Trombocitopénica	14319	INMUNOGLOBULINA HUMANA INESPECÍFICA
Gammaglobulinemias	14319	INMUNOGLOBULINA HUMANA INESPECÍFICA

Fuente: SISALRIL

- e) Se instruye a las ARS a mantener, bajo la cobertura de RD\$1,000,000.00 los procedimientos de Alto Costo definidos en los subgrupos 9.15. y 9.16 (tratamiento del cáncer de adultos y pediátricos), distintos a la cobertura correspondiente a medicamentos de Alto Costo.
- f) Se instruye a las ARS a garantizar la cobertura a los afiliados que cursen con diagnóstico de tumoraciones benignas y requieran, como parte de su atención, cualquier servicio incluido dentro de los subgrupos de alto costo.
- g) La gestión, autorización y pago de los medicamentos correspondientes a la cobertura de las enfermedades nombradas, deberá realizarse de preferencia a través de la **Dirección de Acceso a Medicamentos de Alto Costo (DAMAC)**, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), aprovechando los beneficios de la compra conjunta, y serán garantizados a través del mercado cuando no se encuentren disponibles en el DAMAC.

PÁRRAFO IV: Las patologías no oncológicas para las cuales se extiende la cobertura de RD\$1,000,000.00 son las siguientes: Trastorno del Crecimiento, Artritis Reumatoide, Lupus Eritematoso Sistémico, Enfermedad Renal, Hemofilia, Inmunodeficiencias, Enfermedad de Kawasaki, Púrpura Trombocitopénica y Gammaglobulinemias.

EP

SEXTO: INSTRUIR a la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)** a remitir al **Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)**, en un período de **seis (6) meses**, a partir de la vigencia de la presente resolución, un **Informe** contentivo de la suficiencia del per cápita para garantizar la cobertura de los medicamentos considerados para la cobertura del tratamiento de la Artritis Reumatoide, Lupus Eritematoso Sistémico, Enfermedad Renal, Hemofilia, Inmunodeficiencias, Enfermedad Kawasaki, Púrpura Trombocitopénica, así como, del comportamiento de su utilización y costos.

SÉPTIMO: APROBAR en el **Catálogo de Prestaciones del PDSS**, la inclusión de las siguientes Coberturas: Electrocoagulación, Hemostasia y Suturas Mecánicas, Microscopio, Neuronavegador, Aspirador Ultrasónico y Neuromonitor, ampliando el acceso a dispositivos médicos, materiales y equipos, para los procedimientos contemplados en el PDSS, tal como se describen en el **Cuadro No. 5**.

PÁRRAFO I: PROCEDIMIENTOS LAPAROSCÓPICOS. Se aprueba la cobertura de los materiales y dispositivos requeridos para el uso del Laparoscopio, para todos los procedimientos que están descritos en el PDSS bajo este abordaje. Tales como: trócares, pinzas y tijeras para la electrocoagulación y sellados de vasos, sin que esta enunciación sea limitativa.

CUADRO No. 5. PROCEDIMIENTOS DONDE SE GARANTIZA EL USO DEL LAPAROSCOPIO.

CÓDIGO	PROCEDIMIENTOS
*12921	Uvulo-palato-faringoplastia
2780	Colecistectomía por laparoscopia
6239	Esplenografía por laparoscopia
8275	Liberación de adherencias o bridas en intestino
8720	Nefrectomía de donante vivo por laparoscopia
2781	Salpingostomia y drenaje trompa de Falopio por laparoscopia
3956	Biopsia de miometrio por laparoscopia
7437	Histerectomía laparoscópica
8615	Miomectomía uterina (única o múltiple) por laparoscopia
11919	Salpingoclasias de adherencias (leves, moderadas o severas) por laparoscopia
919	Aspiración folicular de ovario por laparoscopia

Fuente: SISALRIL

*En el caso de la **UVULO-PALATO-FARINGOPLASTÍA** se considera la garantía de dispositivo para disección y sellado de vasos con energía avanzada donde se utiliza la **TIJERA HARMONIC FOCUS**, igual que en los procedimientos laparoscópicos.

Handwritten initials

PÁRRAFO II: Para fines de aplicación de este beneficio, se deberá tomar en consideración los siguientes elementos:

- a) Las ARS deberán garantizar la cobertura de los accesorios inherentes al uso del Laparoscopio, aun cuando los mismos sean reutilizables o descartables.
- b) Será garantizada la cobertura de las tijeras y pinzas de electrocoagulación ENDO, CURVA, METZENBAUM a ser utilizados con el equipo (**Laparoscopio**).
- c) La cobertura de los dispositivos relacionados al uso de Laparoscopio será otorgada bajo el código de **Uso de Laparoscopio** Código Simón 2521, sin embargo, para el análisis de usos y frecuencias, las ARS establecerán los mecanismos de autorizaciones y registro de cada dispositivo, con información disponible y afín a las cargas del esquema 35.

PÁRRAFO III: Las ARS deberán garantizar la cobertura de uso de dispositivo para el sellado de vasos por electrocoagulación y sutura mecánica en cirugías gástricas, colónicas, resección de intestino delgado, hemorroidectomía y colecistectomía, según los procedimientos incluidos en el Catálogo de Prestaciones del PDSS.

PÁRRAFO IV: Las ARS deberán garantizar la cobertura de las pinzas de electrocoagulación y las grapadoras quirúrgicas, sean estas lineales o circulares, para las cirugías del tracto gastrointestinal contempladas en el PDSS, a saber:

PROCEDIMIENTOS	CÓDIGO
COLECISTECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA	2780
ESPLENORRAFÍA POR LAPAROSCOPIA	6239
NEFRECTOMÍA DE DONANTE VIVO POR LAPAROSCOPIA	8720
SALPINGOSTOMÍA Y DRENAJE TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	2781
BIOPSIA DE MIOMETRIO POR LAPAROSCOPIA	3956
HISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA	7437
MIOMECTOMIA UTERINA (UNICA O MULTIPLE) POR LAPAROSCOPIA	8615
SALPINGOLISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) POR LAPAROSCOPIA	11919
ASPIRACIÓN FOLICULAR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	919
USO DE LAPAROSCOPIO	2521
LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA	---
APENDICECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	3371
APENDICECTOMIA POR PERFORACION, CON DRENAJE DE ABCESO, LIBERACION DE PLASTRÓN Y/O DRENAJE DE PERITONITIS LOCALIZADA SOD	162

46

UVULO-PALATO-FARINGOPLASTIA

12921

Fuente: SISALRIL

PÁRRAFO V: Las ARS deberán garantizar el uso del Microscopio quirúrgico en los siguientes procedimientos:

PROCEDIMIENTOS	CÓDIGO
REPARACION DE ANEURISMA POR ENVOLTURA (REFORZAMIENTO DE PARED)	150
DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES, POR CRANEOTOMIA	2772
DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES, POR CRANEOTOMIA	2774
DESCOMPRESION INTRACANALICULAR DE NERVIÓ OPTICO, POR CRANEOTOMIA	5186
DRENAJE DE QUISTE TUMORAL SUPRATENTORIAL	5470
ESCISION O RESECCION DE NERVIOS CRANEALES O PERIFERICOS SOD	6101
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRACRANEAL, POR CRANEOTOMIA	6625
LISIS DE ADHERENCIAS CORTICALES SOD +	8411
OCCLUSION DE LESION EN VASOS INTRACRANEALES, VIA ENDOVASCULAR	
PUNCION [ASPIRACION DE LIQUIDO] VENTRICULAR A TRAVES DE CATETER PREVIAMENTE IMPLANTADO	10056
PUNCION [ASPIRACION DE LIQUIDO] VENTRICULAR A TRAVES DE UN RESERVORIO	10057
PUNCION [ASPIRACION DE LIQUIDO] VENTRICULAR POR TREPANACION (SIN CATETER)	10058
PUNCION [ASPIRACION DE LIQUIDO] VENTRICULAR, VIA TRANSFONTANELAR	10060

Fuente: SISALRIL

PÁRRAFO VI: Las ARS deberán garantizar el uso del Neuronavegador en los siguientes procedimientos:

PROCEDIMIENTOS	CÓDIGO
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA SUBOCCIPITAL RETROMASTOIDEA +	35
RESECCION DE TUMORES DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR SOD §	2762
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA EXTREMO LATERAL +	2763
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA FRONTO ORBITO ETMOIDAL +	2764
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA SUBTEMPORAL PREAURICULAR INFRATEMPORAL Y CERVICOTOMIA TRANSMANDIBULAR+	2765
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA TRANSORAL	2766
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA MAXILOMIA EXTENDIDA +	2767

EP



CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA TRANSLABERINTICA	2768
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA TRANSCOCLEAR	2769
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA FOSA MEDIA	2770
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO ENDOSCOPICA TRANSESFENOIDAL	11411
RESECCION DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFERICO, POR CRANEOTOMIA	11480
RESECCION TUMOR DE MENINGE CEREBRAL, POR CRANEOTOMIA +	11645
RESECCION TUMOR DE MENINGE CEREBRAL, POR CRANIECTOMIA CON DUROPLASTIA Y CRANEOPLASTIA +	11646
RESECCION TUMOR OSEO, POR CRANEOTOMIA	11650

Fuente: SISALRIL

PÁRRAFO VII: Las ARS deberán garantizar el uso del aspirador ultrasónico en los siguientes procedimientos:

PROCEDIMIENTOS	CODIGO
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA SUBOCCIPITAL RETROMASTOIDEA +	35
RESECCION DE TUMORES DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR SOD §	2762
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA EXTREMO LATERAL +	2763
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA FRONTO ORBITO ETMOIDAL +	2764
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA SUBTEMPORAL PREAURICULAR INFRATEMPORAL Y CERVICOTOMIA TRANSMANDIBULAR+	2765
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA TRANSORAL	2766
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA MAXILOTOMIA EXTENDIDA +	2767
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA TRANSLABERINTICA	2768
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA TRANSCOCLEAR	2769
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA FOSA MEDIA	2770
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO ENDOSCOPICA TRANSESFENOIDAL	11411
RESECCION DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFERICO, POR CRANEOTOMIA	11480
RESECCION TUMOR DE MENINGE CEREBRAL, POR CRANEOTOMIA +	11645
RESECCION TUMOR DE MENINGE CEREBRAL, POR CRANIECTOMIA CON DUROPLASTIA Y CRANEOPLASTIA +	11646
RESECCION TUMOR OSEO, POR CRANEOTOMIA	11650

Fuente: SISALRIL

EP

PÁRRAFO VIII: Las ARS deberán garantizar el uso del Neuromonitor en los siguientes procedimientos:

PROCEDIMIENTOS	CÓDIGO
CORRECCION DE ANOMALIA DE MEDULA ESPINAL EN UNION CRANEOCERVICAL POR CRANIECTOMIA SUBOCCIPITAL CON LAMINEC-TOMIA C1- C2 Y DUROPLASTIA +	40
CORRECCION DE MALFORMACIONES DE MEDULA ESPINAL SOD §	4895
ARTRODESIS POSTEROLATERAL INTERCORPORAL (PLIF) DE COLUMNA VERTEBRAL CON INSTRUMENTACION	2554
TIROIDECTOMIA SUBTOTAL (LOBECTOMIA TIROIDEA PARCIAL DE AMBOS LOBULOS O TOTAL DE UNO Y PARCIAL DE OTRO)	12536
TIROIDECTOMIA RESIDUAL	12530
HEMITIROIDECTOMIA SOD §	57
RESECCION DE LESIÓN EN TIROIDES SOD +	58
TIROIDECTOMIA TOTAL SOD +	59
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA SUBOCCIPITAL RETROMASTOIDEA +	35
RESECCION DE TUMORES DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR SOD §	2762
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA EXTREMO LATERAL +	2763
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA FRONTO ORBITO ETMOIDAL +	2764
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA SUBTEMPORAL PREAURICULAR INFRATEMPORAL Y CERVICOTOMIA TRANSMANDIBULAR+	2765
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA TRANSORAL	2766
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA MAXILOTOMIA EXTENDIDA +	2767
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA TRANSLABERINTICA	2768
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA TRANSCOCLEAR	2769
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR, VIA FOSA MEDIA	2770
RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO ENDOSCOPICA TRANSENFENOIDAL	11411

Fuente: SISALRIL

40/10

PÁRRAFO IX: Las ARS deberán garantizar la cobertura de la disección y sellado de vasos con energía avanzada para los procedimientos siguientes, en los casos requeridos:

PROCEDIMIENTOS	CÓDIGO
GASTRECTOMIA TOTAL CON INTERPOSICION INTESTINAL SOD	159
GASTRODUODENOSTOMIA SOD	158
GASTROYEYUNOSTOMIA SOD	2718
GASTRECTOMIA PARCIAL, CON RECONSTRUCCION CON O SIN VAGOTOMIA SOD	2778
RESECCION INTESTINAL DE DIVERTICULOS +	2809
COLOSTOMIA TEMPORAL SOD	2810
CORRECCION DE ATRESIA DE INTESTINO SOD §	2812
CORRECCION DE ATRESIA DE INTESTINO CON PLASTIA PROXIMAL	2813
CORRECCION DE ATRESIA DE DUODENO, YEYUNO E ILEON	2814
CORRECCION DE ATRESIAS INTESTINALES MULTIPLES NCOC	2815
CORRECCION DE ATRESIA DE COLON	2816
HEPATECTOMIA DE DOSSEGMENTOS	2820
HEPATECTOMIA TRISEGMENTARIA	2821
LOBECTOMIA HEPATICA SOD	2822
HEMICOLECTOMIA DERECHA SOD	7267
HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA SOD	7269
ESCISION DE HEMORROIDES INTERNAS	166
ESCISION DE HEMORROIDES EXTERNAS	167
COLECISTECTOMIA POR LAPAROTOMIA	171

Fuente: SISALRIL

PÁRRAFO X: Las ARS deberán garantizar los accesorios de los equipos o dispositivos considerados como instrumento esencial o base para el abordaje a una cavidad o área anatómica determinada, en el marco de la realización de un procedimiento contemplado en el PDSS; tal es el caso, pero no limitativamente, de: cistoscopio, uretrótomo, craneótomo, litotriptor, entre otros.

PÁRRAFO XI: Las ARS deberán garantizar el uso de las bandejas de instrumentación y equipos de óptica utilizados para magnificar el área quirúrgica, como parte de la cobertura

de los procedimientos contemplados en el PDSS, por lo que los mismos deben formar parte del proceso de contratación de tarifas.

PÁRRAFO XII: Las ARS deberán garantizar el uso de la manta térmica, como parte del protocolo quirúrgico de los procedimientos o casos que lo ameriten, siempre que los mismos sean justificados.

OCTAVO: ORDENAR a la **SISALRIL** separar y corregir la cobertura 2521 (Uso de Laparoscopia/Laparoscopia Diagnóstica), de forma tal que en lo adelante se describan dos coberturas distintas, a saber: la Laparoscopia Diagnóstica, considerada como un acto quirúrgico anestésico y el uso de Laparoscopia como equipos y materiales, a saber:

COBERTURA TIPO	DESCRIPCIÓN
USO DE APARATOLOGIA	USO DEL LAPAROSCOPIO
ACTO QUIRÚRGICO Y/O ANESTÉSICO	LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA

NOVENO: INSTRUIR a la **SISALRIL** la modificación del código 885 BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] DE ESTÓMAGO SOD, a los fines de separar el procedimiento endoscópico de la anatomía patológica. El código existente se mantendrá para el estudio anatómopatológico de la muestra extraída y se creará un código para el procedimiento:

COBERTURA TIPO	DESCRIPCIÓN
BIOPSIAS	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] DE ESTÓMAGO SOD,
ENDOSCOPIAS	ENDOSCOPÍA DIGESTIVA

DÉCIMO: APROBAR la inclusión en el Catálogo de Prestaciones del PDSS la cobertura de la Apendicetomía por Laparoscopia, por lo que, se instruye su codificación a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

DÉCIMO PRIMERO: ORDENAR a la **SISALRIL** a incluir un nuevo tipo de cobertura en el PDSS, denominándola Uso de Aparatología y a codificar y clasificar en esta el Uso de Microscopio, Uso de Neuromonitor, Uso de Neuronavegador y Uso Aspirador Ultrasónico, a los fines de dar seguimiento a sus frecuencias de utilización y costos asociados.

DÉCIMO SEGUNDO: APROBAR la inclusión en el Catálogo de Prestaciones del PDSS la cobertura de la Hemodiálisis Renal Sustitutiva Continua para afiliados con fallo renal agudo que cumplan con criterios para su utilización, con un máximo de tres (3) sesiones por evento, es decir, hasta 72 horas de tratamiento, según indicaciones y pertinencia.

PÁRRAFO: La cobertura de la Hemodiálisis Renal Sustitutiva Continua será otorgada bajo el Subgrupo 9.5, como parte de la cobertura limitada a un millón de pesos para Diálisis.



DÉCIMO TERCERO: INSTRUIR a la **SISALRIL** a modificar la gradualidad ajustada al tope establecido en la presente resolución.

DÉCIMO CUARTO: Las disposiciones de esta Resolución para el **Régimen Subsidiado, los Planes Especiales de Salud para Jubilados y Pensionados** entrarán en vigencia a partir del mes de Enero del año dos mil veintitrés (2023), para lo cual, se apodera a la **Comisión Permanente de Presupuesto, Finanzas e Inversiones (CPFel)** a dar seguimiento a este dispositivo, realizando las reuniones necesarias y presentar un Informe al CNSS antes de finalizar este año 2022, a los fines de poder dar cumplimiento al presente mandato.

DÉCIMO QUINTO: INSTRUIR a la **Dirección General de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA)** y a la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)** a dar a conocer a la población los beneficios establecidos en la presente resolución, realizando las campañas publicitarias correspondientes.

DÉCIMO SEXTO: INSTRUIR al **Gerente General del CNSS** a notificar la presente resolución al **MISPAS**, a la **SISALRIL**, **TSS**, a todas las **ARS habilitadas**, a todas las **PSS** que prestan servicios en el SFS, al **Servicio Nacional de Salud, ADARS, ADIMARS** y a **las demás instituciones del SDSS**, para los fines de su cumplimiento; así como, a **publicarla** en un periódico de circulación nacional.

DÉCIMO SÉPTIMO: La presente resolución será aplicada de manera retroactiva para los afiliados directos al Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo (RC), de la siguiente manera: a) El incremento de **Ciento Sesenta y Dos Pesos con 33/100 (RD\$162.33)** al per cápita mensual del Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Contributivo (RC), a partir del **1 de septiembre del 2022**; y para los dependientes adicionales entrará en vigencia a partir del **1 de noviembre del 2022**; y b) Se reconocerá la suma de **Ciento Dos Pesos con 71/100 (RD\$102.71)**, por concepto de indexación al per cápita mensual, retroactivo al 1ero. de agosto del 2022, con cargo a la Cuenta del Cuidado de la Salud de las Personas del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, que incluirá el reembolso de gastos médicos incurridos y pagados por el afiliado, por las prestaciones que se incluyen en la presente resolución, desde el 1ero. de agosto del 2022 hasta la entrada en vigencia de la presente resolución; y deroga cualquier disposición que le sea contraria.

Resolución No. 553-03: CONSIDERANDO 1: Que el **Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)** emitió la **Resolución No. 537-05, d/f 24/3/2022**, donde se estableció lo siguiente: **PRIMERO: APROBAR** el borrador de Propuesta para la modificación integral del Reglamento para la Organización y Regulación de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), e **INSTRUIR** a la Gerente General del CNSS a iniciar el proceso de Consulta Pública de dicho documento, a los fines de ser publicado en un periódico de circulación nacional, en apego a las disposiciones de los artículos 23 y siguientes de la Ley 200-04 General de Libre Acceso a la Información Pública y los artículos 6 y 7 del Reglamento Interno del CNSS. **PÁRRAFO:** Luego de culminado el proceso de Consulta Pública, las observaciones realizadas a la propuesta de modificación integral del Reglamento para la Organización y Regulación de las ARS serán remitidas a los miembros de la Comisión Permanente de Reglamentos (CPR), para fines de análisis y estudio, debiendo dicha Comisión presentar un Informe al CNSS.



CONSIDERANDO 2: Que los miembros de la **Comisión Permanente de Reglamentos (CPR)** se reunieron para analizar el mandato dado en el **dispositivo Primero** de la citada resolución sobre la modificación íntegra del **Reglamento para la Organización y Regulación de las ARS**.

CONSIDERANDO 3: Que en fecha veintinueve (29) de marzo del año dos mil veintidós (2022), el Consejo Nacional de Seguridad Social, en cumplimiento de las disposiciones de la Ley No. 200-04, General de Libre Acceso a la Información Pública, en sus Arts. 23 y siguientes, su Reglamento de Aplicación; el Reglamento Interno del CNSS y la Resolución del CNSS No. 537-05, d/f 24/03/2022, publicó el Aviso dando formal inicio del Proceso de Consulta Pública para recibir las observaciones de la Propuesta para la modificación íntegra del Reglamento para la Organización y Regulación de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS).

CONSIDERANDO 4: Que una vez agotado el plazo para presentar las propuestas de modificaciones, la **Comisión Permanente de Reglamentos (CPR)** se encargó de recibir las observaciones realizadas por: **SeNaSa, ADIMARS, SISALRIL, ADARS y Pro-Competencia**, procediendo a organizarlas y sistematizarlas, a los fines de verificarlas y estudiarlas.

CONSIDERANDO 5: Que en fecha cuatro (04) de julio del año dos mil veintidós (2022), los miembros de la **Comisión Permanente de Reglamentos (CPR)** se reunieron con representantes de **SeNaSa, ADIMARS, SISALRIL, ADARS y Pro-Competencia**, para escuchar sus posiciones sobre las propuestas de modificaciones recibidas durante el proceso de Consulta Pública.

CONSIDERANDO 6: Que, luego de escuchar las intervenciones de las instituciones que presentaron propuestas de modificaciones, los miembros de la **Comisión Permanente de Reglamentos (CPR)** revisaron y estudiaron detenidamente cada una de las propuestas y el contenido original, acogiendo e incorporando en el Reglamento de Organización y Regulación de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), las disposiciones más convenientes para el interés general y para el fortalecimiento institucional del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

CONSIDERANDO 7: Que el **artículo 6 del Reglamento Interno del CNSS**, relativo a los **Instrumentos Normativos**, empleados por el **CNSS**, dispone en el **numeral 3**, sobre **Resoluciones** lo siguiente: *“(...) Todo acto formal del **CNSS** será adoptado mediante Resoluciones. De manera específica, el **CNSS** emitirá Resoluciones en los siguientes casos: (...); e) Aprobación y Publicación de cualquier norma de carácter general; f) Cualquier otra medida que corresponda a una decisión formal que afecte derechos o cree obligaciones en el SDSS. (...)”.*

CONSIDERANDO 8: Que el **artículo 7**, sobre la **Adopción de Instrumentos Normativos de Carácter General**, del referido Reglamento Interno del CNSS, dispone lo siguiente: *“La adopción de cualquier instrumento normativo de aplicación general a todo el SDSS o grupo de personas, entidades o instituciones vinculadas a un segmento del mismo, deberá ser realizada previo el agotamiento de un proceso de consulta pública, de acuerdo a lo establecido el artículo 23 de la Ley General de Acceso a la Información Pública No. 200-04.*





Concluido el proceso de consulta pública, el CNSS conocerá el proyecto de norma general para su aprobación o rechazo y estudiará las observaciones realizadas, las cuales no serán vinculantes para el CNSS”.

CONSIDERANDO 9: Que el **CNSS** tiene a su cargo la dirección y conducción del SDSS; y como tal, es responsable de establecer las políticas, regular el funcionamiento del Sistema y de sus instituciones, garantizar la extensión de cobertura, defender los beneficiarios, así como, velar por el desarrollo institucional, la integralidad de sus programas y el equilibrio financiero del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

VISTOS: La Constitución de la República Dominicana, la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social y sus modificaciones, el Reglamento Interno del CNSS, la Ley 200-04 General de Libre Acceso a la Información Pública, y su Reglamento de Aplicación, promulgado mediante el Decreto No. 130-05, y la Ley 107-13 sobre los derechos de las personas en sus relaciones con la Administración Pública y de Procedimiento Administrativo.

El **CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL (CNSS)**, en apego a las funciones y atribuciones que le confieren la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), sus modificaciones y normas complementarias.

RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR la modificación integral del **Reglamento de Organización y Regulación de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS)**, luego de concluido el proceso de Consulta Pública conforme al mandato dado por el CNSS mediante la **Resolución No. 537-05, d/f 24/3/2022**, con las observaciones consensuadas y aprobadas. (Ver reglamento anexo).

SEGUNDO: INSTRUIR al **Gerente General del CNSS** a remitir al Poder Ejecutivo el Reglamento de Organización y Regulación de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), a los fines de cumplir con el proceso de promulgación.

PÁRRAFO: Una vez el Poder Ejecutivo dicte el Decreto correspondiente, la presente Resolución será de aplicación inmediata y deberá agotarse el procedimiento de publicidad legalmente establecido para estos casos.

TERCERO: INSTRUIR al **Gerente General del CNSS** a notificar la presente resolución a **SeNaSa, ADIMARS, SISALRIL, ADARS y Pro-Competencia**, así como, a las entidades del SDSS y otros entes involucrados.

Anexo de la Resolución

REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y REGULACIÓN DE LAS ADMINISTRADORAS DE RIESGOS DE SALUD (ARS)

TÍTULO I. DEL ÁMBITO DE APLICACIÓN

ARTÍCULO 1. DEL OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN. El presente Reglamento tiene por objeto regular el Régimen de organización y funcionamiento de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) que se autoricen como tales en el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), cualquiera que sea su naturaleza jurídica y su área geográfica de operación dentro del territorio nacional, acorde a la legislación vigente en la materia.

PÁRRAFO. Cada una de las distintas categorías de entidades autorizadas por la ley para actuar como Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), deberán cumplir con las disposiciones propias de su régimen jurídico, además de las normas contenidas en el presente Reglamento.

ARTÍCULO 2. RESPONSABILIDADES DE LAS ADMINISTRADORAS DE RIESGOS DE SALUD (ARS). Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) serán responsables de ejercer las funciones señaladas legalmente y las que se enuncian a continuación:

1. Promover la afiliación de los ciudadanos dominicanos y residentes legales en la República Dominicana al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del Régimen Contributivo, del Régimen Contributivo Subsidiado o Subsidiado, garantizando siempre la libre elección del usuario en los términos señalados por la Ley No. 87-01, sus modificaciones y normas complementarias, y remitir a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) la información relativa a la afiliación del trabajador o titular del núcleo familiar y su familia, y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios y estadísticas relacionadas.

2. Administrar y gestionar el riesgo de sus afiliados, sobre la base de la oportunidad y costo eficiencia de los tratamientos y servicios médicos de su red de proveedores de servicios de salud, quienes serán los responsables de aplicar las políticas y prácticas que las ARS establezcan para lograr la disminución de ocurrencia de casos prevenibles de enfermedad o de casos sin atención oportuna. Las ARS evitarán en todo caso cualquier forma de discriminación.

3. Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) mediante la administración adecuada de los per cápitas recibidos por sus afiliados; así como pagar los servicios de salud a los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) con los cuales tenga contrato, en los plazos y condiciones establecidas.

4. Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Básico de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo al per cápita correspondiente. Con este propósito:

- a) Gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, a través de la contratación con Prestadoras de Servicios de Salud y con Profesionales de la Salud en redes integradas de salud, de acuerdo a su ubicación geográfica y por niveles de atención, así como también, por aquellos criterios que definan la SISALRIL y MISPAS en el marco de las Leyes 42-01, la 87-01 y sus normas complementarias;
- b) Realizar negociaciones eficientes que estimulen el riesgo compartido con el Prestador;
- c) Informarán y educarán a los usuarios para el acceso a las prestaciones de salud y el uso racional del sistema;



- d) Establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las entidades Prestadoras de Servicios de Salud (PSS).
- 5. Garantizar la prestación del servicio de salud hasta tanto sea calificado el evento por el Seguro de Riesgos Laborales (SRL), conforme a lo establecido en la normativa que lo rige.
- 6. Cumplir con las demás disposiciones legales y normas complementarias que le sean aplicables.

TÍTULO II. HABILITACIÓN Y CONSERVACIÓN DE HABILITACIÓN

CAPÍTULO I. AUTORIZACIÓN DE HABILITACIÓN

ARTÍCULO 3. HABILITACIÓN DE UNA ARS. Para la obtención del certificado de habilitación se deberán tener en cuenta las siguientes reglas:

1. Requisitos para iniciar operaciones. Las personas jurídicas que pretendan actuar como Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), deberán obtener el respectivo certificado de habilitación que expedirá la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), de conformidad con la normativa vigente.

1.1 Además de los requisitos establecidos en el presente reglamento, las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) deberán cumplir con las normas que les sean aplicables de conformidad con su naturaleza jurídica y dentro del marco de la Ley 87-01 y sus normas complementarias.

2. Contenido de la solicitud. La solicitud para obtener el certificado de habilitación de una Administradora de Riesgos de Salud (ARS), deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley 87-01 y el presente reglamento y estar acompañada de la siguiente documentación:

a. El estudio de factibilidad que permita establecer la capacidad administrativa de la entidad, así como, su viabilidad financiera y que cuenta con un seguro de garantía contra contingencias extraordinarias de salud y contra reclamos de los afiliados, proporcional al número de beneficiarios, cuyo monto mínimo será establecido por la SISALRIL, conforme a lo establecido en la Ley 87-01 y el presente Reglamento; y el proyecto de presupuesto para el primer año de operación.

b. El proyecto de presupuesto para el primer año de operación.

c. Los documentos que acrediten el monto del capital que se exige en el artículo 5 de este Reglamento.

d. El listado preliminar de los Prestadores de Servicios de Salud (PSS), profesionales a través de los cuales se organizará la prestación del Plan Básico de Salud, cerciorándose de que su capacidad es la adecuada frente a los volúmenes y distribución geográfica de la

EP

afiliación proyectada y las necesidades de salud identificadas en la población, y que cumplen con los requisitos exigidos por la ley para actuar como tales.

e. Un informe que detalle el sistema de información que utilizará, especificando el software y hardware, así como, la disponibilidad de dicho sistema para atender los reportes y requerimientos que soliciten las autoridades competentes.

f. Manual de procesos y procedimiento que utilizará para la autorización de coberturas a la población afiliada.

g. Los planes y programas de auditoría que empleará frente a su Red Prestadora de Servicios de Salud, con el fin de garantizar la calidad y oportunidad de los servicios prestados a los beneficiarios, en correspondencia a la normativa emitida por la SISALRIL a tales fines.

h. La información adicional que requiera la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) para cerciorarse del cumplimiento de los requisitos anteriores y los previstos en las disposiciones legales.

i. Cumplir con los requisitos de la Ley No. 155-17 contra el lavado de activos y financiamiento del terrorismo.

3. **Publicidad de la solicitud y oposición de terceros.** Publicidad de la solicitud y oposición de terceros. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la documentación completa, a la que hace alusión el artículo precedente, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), autorizará la publicación de un aviso sobre la intención de obtener el certificado de habilitación por parte de la entidad, en un diario de amplia circulación nacional, en el cual se exprese por lo menos, el nombre de las personas que se asociaron, el nombre de la entidad, el monto de su capital y el lugar en donde habrá de funcionar, todo ello de acuerdo con la información suministrada en la solicitud. Tal aviso será publicado por cuenta de los interesados por tres (3) días consecutivos en un periódico de amplia circulación nacional, con el propósito de hacer de público conocimiento tal solicitud y que los terceros puedan presentar oposición documentada ante la SISALRIL en relación con dicha intención, a más tardar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la última publicación. De la oposición se dará aviso inmediato y por escrito al solicitante.

4. **Autorización para el funcionamiento.** La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) deberá resolver la solicitud dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su presentación. Si transcurridos los cuatro (4) meses, la SISALRIL no se ha pronunciado se considerará aprobada de pleno derecho la habilitación de la ARS, teniendo la SISALRIL la obligatoriedad de emitir el certificado de habilitación.

4.1. Si la presentación de la solicitud o los documentos que la acompañan requieren ser aclarados o complementados, la **SISALRIL** informará al solicitante dentro del mes siguiente a la presentación de la solicitud para que aclare o complemente la información respectiva. Si el solicitante no fundamenta la información dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al requerimiento de la SISALRIL se entiende que desiste de la solicitud y se considerará denegada la habilitación.



4.2. La **SISALRIL** concederá la autorización para la habilitación de la entidad cuando la solicitud cumpla con todos los requisitos legales, procedimentales y se haya determinado la viabilidad técnica del estudio de factibilidad. Transcurrido el plazo de los cuatro (4) meses previamente señalado.

4.3. Una vez emitido el certificado de habilitación por parte de la **SISALRIL**, para poder iniciar operaciones, la **ARS** cuenta con un período de tres (3) meses para presentar el listado de las prestadoras de servicios de salud contratada y/o profesionales a través de los cuales se organizará la prestación del Plan Básico de Salud, cerciorándose de que su capacidad es la adecuada frente a los volúmenes de afiliación proyectados y que la distribución geográfica de la población objetivo, que además cumplen con los requisitos de la Normativa de Contrato Gestión entre **ARS** y **PSS**.

ARTÍCULO 4. DENOMINACIÓN SOCIAL DE LAS ADMINISTRADORAS DE RIESGOS DE SALUD. A la razón social de las Administradoras de Riesgos de Salud (**ARS**) se agregará la expresión "Administradora de Riesgos de Salud" o las iniciales "**ARS**".

CAPÍTULO II. DEL RÉGIMEN PATRIMONIAL

ARTÍCULO 5. MONTO DEL CAPITAL MÍNIMO. Todas las Administradoras de Riesgos de Salud (**ARS**) que hayan sido autorizadas por la **SISALRIL** de conformidad a los requisitos de la Ley 87-01, deberán acreditar un capital mínimo de acuerdo a las siguientes categorías:

- a) Para las **ARS** de nueva constitución, acreditadas de conformidad con las disposiciones del artículo 3 del presente Reglamento, deberán presentar un capital mínimo no inferior a los seis mil (6,000) Salarios Mínimos Mensuales Legales (**SMML**).
- b) Las **ARS** Locales que se describen en el artículo 156 de la Ley No. 87-01 deberán acreditar a su capital mínimo la suma equivalente a 1,000 salarios mínimos mensuales legales.
- c) Las **ARS** Públicas y de Autogestión deberán constituir su capital mínimo, bajo una modalidad distinta a las de las sociedades comerciales. El mismo será equivalente a su patrimonio, no podrá ser menor al monto del capital mínimo establecido. Estará conformado por los aportes del Estado y/o asignaciones u otra entidad, más los excedentes (déficits) acumulados y del período.

PÁRRAFO I. Serán procedentes los aportes en especie, los cuales se podrán efectuar en la forma de inmuebles con destino a la sede de la **ARS**, así como, de los bienes necesarios para la organización administrativa y financiera de la entidad. Para efecto del cálculo del capital mínimo a que se refiere el presente Reglamento, los bienes inmuebles que se aporten en especie solamente se computarán por un valor que en ningún caso podrá superar al cincuenta por ciento (50%) del capital mínimo exigido.

PÁRRAFO II. En lo adelante, el capital mínimo operativo será revisado, fijado, modificado e indexado por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, conforme a las

atribuciones que le confiere la Ley No. 87-01, sus modificaciones y normas complementarias.

ARTÍCULO 6. VARIACIÓN DEL CAPITAL POR ORDEN DE AUTORIDAD. Cuando la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) determine que el capital de una Administradora de Riesgos de Salud (ARS) ha caído por debajo de los límites mínimos establecidos en las disposiciones legales correspondientes o en sus estatutos, afectándose gravemente su continuidad en la prestación del servicio, podrá pedir las explicaciones del caso y ordenarle que cubra la deficiencia dentro de un término no superior a seis (6) meses. Si transcurrido este tiempo la ARS no ha acreditado la cobertura de la diferencia, se revocará la autorización de habilitación

ARTÍCULO 7. RESERVA LEGAL. Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) deberán constituir para el adecuado funcionamiento y prestación del servicio, las reservas legales establecidas en las disposiciones legales vigentes.

CAPÍTULO III. DEL MARGEN DE SOLVENCIA

ARTÍCULO 8. MARGEN DE SOLVENCIA. Para asegurar la liquidez de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) estas deberán mantener como margen de solvencia, sin excepción, un patrimonio mínimo equivalente a una (1) vez el monto que resulte de multiplicar el número de afiliados que tenga cada mes por el valor del promedio estimado mensual del per cápita aprobado y deducible de la deuda de la Tesorería de la Seguridad Social (TSS). En lo adelante, el margen de solvencia será establecido, revisado, fijado, modificado e indexado por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), conforme a las atribuciones que le confiere la Ley 87-01.

PÁRRAFO I. El cálculo del valor del margen de solvencia se hará mensualmente, debiendo las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) acreditar como margen de solvencia la suma que resulte de realizar la operación antes mencionada, tomando como base para dicha operación el número y composición de afiliados del período evaluado.

PÁRRAFO II. Cuando se trate de planes complementarios de salud, también será necesario acreditar un margen de solvencia, el cual se liquidará en las fechas antes mencionadas, tomando como base el valor promedio mensual de los referidos planes.

PÁRRAFO III. La clase, composición y restricciones del portafolio de inversiones correspondientes al margen de solvencia, estará sustentado por certificados de depósito a plazo fijo en las instituciones del sistema financiero nacional y en instrumentos del Ministerio de Hacienda, con redención anticipada, y del Banco Central de la República Dominicana. Estas inversiones sólo podrán avalar el margen de solvencia.

CAPÍTULO IV. LÍMITES A LAS OPERACIONES FINANCIERAS E INVERSIONES

ARTÍCULO 9. OPERACIONES FINANCIERAS NO AUTORIZADAS. Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) deberán abstenerse de:

1. Disponer de cualquier título para otros fines distintos a los previstos en la Ley No. 87-01, sus modificaciones, y el presente Reglamento, de los recursos de los per cápitas recibidos, de las inversiones que avalan las Reservas Técnicas y otras reservas requeridas por la SISALRIL.

2. Gravar, bajo cualquier modalidad, los títulos representativos de las inversiones a través de los cuales se constituya el margen de solvencia previsto en el presente Reglamento, a menos que el margen de solvencia tenga un valor superior al capital mínimo acreditado, caso en el cual el gravamen podrá ascender hasta un equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor del margen de solvencia. Las opciones de inversión y gravamen del margen de solvencia no podrán ejercerse en forma simultánea. Dicho gravamen deberá ser previamente autorizado por la SISALRIL y sólo será procedente para garantizar operaciones de inversión en infraestructura y mejoramiento del servicio.

3. Durante los dos (2) primeros años a partir de la expedición del certificado de habilitación, las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) no podrán destinar más del uno por ciento (1%) de lo recibido por concepto del per cápita promedio estimado para gastos de publicidad. Todo gasto adicional deberá pagarse con sus recursos propios.

TÍTULO III. DE LA REGULACIÓN DE LA LIBRE ELECCIÓN

CAPÍTULO I.

DE LA REGULACIÓN DE LA LIBRE ELECCIÓN EN ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE RIESGOS DE SALUD (ARS) Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (PSS)

ARTÍCULO 10. RÉGIMEN GENERAL DE LA LIBRE ELECCIÓN. El Régimen de la libre elección estará regido por las siguientes reglas:

1. Obligación de Afiliación. La afiliación al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) es obligatoria para todos los ciudadanos dominicanos y los residentes legales en la República Dominicana. En consecuencia, corresponde a todos los empleadores públicos y privados en su calidad de agentes de retención, de conformidad con la Ley, verificar que todos sus trabajadores se encuentren afiliados al Sistema; y al Estado el facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculos con algún empleador o no tengan capacidad de pago en el régimen de financiamiento correspondiente, según las disposiciones de la Ley No. 87-01.

2. Configuración Familiar de la Afiliación. Los beneficiarios de la cobertura familiar podrán acceder a los servicios del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), siempre que todos los miembros familiares, sean cotizantes o no, se encuentren afiliados a la misma Administradora de Riesgos de Salud (ARS), salvo que exista imposibilidad por razones legales o de hecho para mantener la unidad familiar, o por problemas insalvables relacionados con el lugar de residencia de sus integrantes.

3. Garantía de Atención. Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) están obligadas a garantizar la prestación del Plan Básico de Salud a cualquier persona que desee afiliarse,

siempre que, pague la cotización al SDSS u obtenga el subsidio correspondiente de acuerdo con lo previsto en la Ley y sus normas reglamentarias.

3.1 Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) únicamente podrán rechazar una afiliación cuando carezcan de los recursos técnicos que le permitan otorgar los servicios del PBS o cualquier plan alternativo de salud, en el lugar de residencia del afiliado.

4. Libre elección de Administradoras de Riesgos de Salud. Se entenderá como derecho a la libre elección de acuerdo con la Ley 87-01, la facultad que tiene un afiliado de seleccionar entre las diferentes Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), aquella que administrará la prestación de sus servicios de salud derivados del Plan Básico de Salud y planes complementarios, con las limitaciones señaladas en la Ley No. 87-01.

4.1 Del ejercicio de este derecho podrá hacerse uso una vez por año conforme a la normativa emitida a tales fines por la SISALRIL, la cual deberá estar debidamente aprobada por el CNSS, salvo cuando se presenten casos de mala prestación o suspensión del servicio debidamente documentada por la Dirección General de Información y Defensa a los Afiliados (DIDA) y/o la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

5. La libre elección escogencia de Prestadoras de Servicios de Salud. Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) garantizarán al afiliado la posibilidad de escoger la prestación de los servicios que integran PSS de su preferencia, contratada acorde a la Ley 87-01, sus modificaciones y normas complementarias, a los fines de obtener las coberturas contempladas en el catálogo del Plan Básico de Salud y planes complementarios, acorde con lo establecido en las normativas de la atención por niveles, entre un número plural de prestadores de servicios de salud, excepto cuando existan limitaciones geográficas en la oferta de los servicios en sus diferentes niveles de complejidad. Para este efecto, la entidad deberá tener a disposición de los afiliados el correspondiente listado de prestadores de servicios que componen su red en los diferentes niveles de complejidad.

6. Deber de Información. Cuando se suprima una institución prestadora, o un convenio con un profesional independiente por mala calidad del servicio, este hecho se deberá informar a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) y a los afiliados dentro de los diez (10) días siguientes a aquel en que se presente la novedad. Cuando se suprima por acciones fraudulentas comprobadas, las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) informarán a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) a los fines de que sea revisado el caso e informar sobre el comportamiento del prestador a las demás ARS para que realicen las investigaciones pertinentes y verificar si ha incurrido en la misma irregularidad o alguna otra y tomen, a fin de tomar las medidas correspondientes, y emitir la sanción establecida en el Reglamento de Infracciones y Sanciones del SFS-SRL al Seguro Familiar de Salud y al Seguro de Riesgos Laborales para este tipo de infracciones.

PÁRRAFO 6.1: En los casos de recurrencia de cobro indebido, cobro de anticipos, depósitos, retención de cadáver y de documentación, así como, por mala prestación de servicio por parte de una PSS, la SISALRIL deberá realizar una investigación y si se demuestra el hecho, se procederá a instruir a la ARS la suspensión temporal o definitiva del contrato de gestión suscrito con la PSS.

7. Prácticas no Autorizadas. Las Administradoras de Riesgos de Salud de conformidad con lo que para el efecto señale el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), deberán abstenerse de introducir prácticas que afecten la libre elección del afiliado, tales como las que a continuación se enumeran:

a) Ofrecer incentivos para lograr la renuncia del afiliado, a beneficios o coberturas, tales como tratamientos anticipados o especiales sobre condiciones de salud o enfermedades sujetas a períodos mínimos de cotización, así como bonificaciones, pagos de cualquier naturaleza o condiciones especiales para integrantes de su núcleo familiar o parientes en cualquier grado de afinidad o consanguinidad afiliados al SDSS;

b) Utilizar mecanismos de afiliación que discriminen a cualquier persona por causa de su edad, sexo, antecedentes genéticos, estado previo, actual o potencial de salud y utilización de servicios

c) Terminar en forma unilateral la relación contractual con sus afiliados, o negar la afiliación a quien desee afiliarse, siempre que garantice el pago de la cotización o subsidio correspondiente, salvo cuando exista prueba de que el usuario ha utilizado o intentado utilizar los beneficios que le ofrece el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) en forma fraudulenta, abusiva o de mala fe, so pena de ser perseguido para ser sancionado por la SISALRIL, de acuerdo al Reglamento de Infracciones y Sanciones al SFS y al SRL. Para estos efectos, se consideran conductas abusivas o de mala fe del usuario entre otras, las siguientes:

i. solicitar u obtener para sí o para un tercero, por cualquier medio, servicios o medicamentos que no sean necesarios;

ii. solicitar u obtener la prestación de servicios del Sistema Dominicano de Seguridad Social a personas que legalmente no tengan derecho a ellos;

iii. suministrar a las entidades Administradoras de Riesgos de Salud y prestadoras de servicios en forma deliberada información falsa o engañosa;

iv. utilizar mecanismos engañosos o fraudulentos para obtener beneficios del Sistema o tarifas más bajas de las que le corresponderían y eludir o intentar eludir por cualquier medio la aplicación de pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles; y

d) Otros medios, sistemas o prácticas que tengan por objeto o como efecto afectar la libre elección del usuario.

PÁRRAFO: Este listado es enunciativo, no limitativo, ni excluyente de conductas prohibidas en otros instrumentos normativos relacionados al tema.

8. Permanencia para Atención de Servicios Sujetos a Períodos Mínimos de Cotización. Una vez cumplidos los períodos mínimos de cotización, el afiliado que haga uso de los servicios organizados por las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) para atender esta clase de procedimientos de alto costo y máximo nivel de complejidad sujetos a períodos mínimos de cotización, deberá permanecer salvo mala prestación del servicio por lo menos dos años después de culminado el tratamiento en la respectiva ARS.

09. Incentivos a la Permanencia. Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) podrán establecer de manera general para sus afiliados, con aprobación de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), incentivos a la permanencia de los mismos en su ARS.

10. Alianzas de Usuarios. Las alianzas o asociaciones de usuarios que se constituyan de conformidad con la Ley sobre la base de empresas, ramas de actividad social y económica, sindicatos, u otros tipos de asociación, tendrán como objetivo único el fortalecimiento de la protección de los derechos de los usuarios y la participación comunitaria de los afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

10.1 Los afiliados que formen parte de estos mecanismos de asociación conservarán su derecho a la libre elección, para lo cual deberán ser informados previamente de las decisiones proyectadas, y manifestar en forma expresa su aceptación.

11. Transparencia. Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) deberán publicar en un diario de circulación nacional, de conformidad con los parámetros que determine la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), los estados financieros y las condiciones de prestación del servicio que le permitan a los usuarios tomar racionalmente sus decisiones.

12. Plazo para la Libre Elección. Las personas con nuevos contratos de trabajo o vinculación laboral deberán escoger al momento de su vinculación la Administradora de Riesgos de Salud (ARS) a la cual estarán afiliados. El empleador tendrá la responsabilidad de informarle al afiliado que debe elegir una ARS. Si el trabajador no lo hiciera, la afiliación se producirá de manera automática, aleatoria y rotativa a una ARS, teniendo el trabajador un plazo de treinta (30) días, luego de haberse producido la afiliación automática, el derecho de solicitar el cambio de ARS. Esta afiliación se considerará válida por un (1) año, después del cual el trabajador podrá cambiarse de ARS.

ARTÍCULO 11. OBLIGACIONES ESPECIALES. Son obligaciones especiales de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS):

1. Procurar al corte del mes de junio y al corte del mes de diciembre de cada año que su composición de beneficiarios se sujetó a los siguientes porcentajes promedio estimado:
 - a) No menos de un cinco por ciento (5%) deben ser personas mayores de sesenta (60) años;
 - b) No menos de un veinte por ciento (20%) deben ser mujeres entre los quince (15) y los cuarenta y cuatro (44) años.

PÁRRAFO: Los porcentajes aquí previstos podrán ser reducidos excepcionalmente por el CNSS, previo estudio realizado por la SISALRIL de la composición demográfica de las regiones de influencia, donde la Administradora de Riesgos de Salud preste sus servicios.

2. Mantener actualizada toda la información de los afiliados, de tal forma que se logre una oportuna prestación del servicio.

ET

TÍTULO IV

CAPÍTULO I. DEL RÉGIMEN DE CONTRATACIÓN, PROMOCIÓN Y RECAUDO, TRANSFERENCIA Y GIRO DE RECURSOS

ARTÍCULO 12. CONTRATOS PARA LA PRESTACIÓN DEL PLAN BÁSICO DE SALUD.

Los contratos y/o Formularios de Afiliación para la prestación del Plan Básico de Salud que suscriban las Administradoras de Riesgos de Salud con sus afiliados deberán garantizar la prestación de los servicios que el Plan comprende, de conformidad con las disposiciones legales. Su duración será indefinida para aquellos afiliados cotizantes con vinculación laboral, y anual para trabajadores afiliados al Régimen Contributivo Subsidiado y Subsidiado.

ARTÍCULO 13. CONTRATOS PARA LA PRESTACIÓN DE PLANES COMPLEMENTARIOS. Los contratos para la prestación de Planes Complementarios de salud que suscriban las entidades autorizadas para ello deberán cumplir con los siguientes requisitos:

- a. Observar las disposiciones del presente reglamento, a las normas que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social y a las disposiciones legales que regulen este tipo de contratos, so pena de considerarse nulos. La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales autorizará los contratos de Planes Complementarios, entendiéndose por estos todos aquellos planes de aseguramiento de salud adicionales al Plan Básico de Salud (PBS), de acuerdo a las normas emitidas a tales fines.
- b. Su redacción debe ser clara, en idioma español y de fácil comprensión para los usuarios. Por tanto, los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles;
- c. El contrato debe establecer de manera expresa el período de su vigencia, el precio acordado, la forma de pago, el nombre y generales de los usuarios, la modalidad del servicio y alcance del mismo, al cual se le deberá anexar el listado de red de PSS, la cartera de servicios, cuadro de beneficios y demás condiciones particulares;
- d. El contrato debe llevar la firma de las partes contratantes y su legalización de firmas;
- e. Cualquier modificación a un contrato deberá realizarse de común acuerdo entre las partes y por escrito, salvo disposición de carácter legal, y
- f. El contrato deberá establecer de manera clara los períodos mínimos de cotización, las limitaciones y las exclusiones.

PÁRRAFO: Los planes de salud y modelos de contrato de Planes Complementarios de salud deberán ser aprobados previamente por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales. La petición deberá demostrar la viabilidad financiera del plan.

ARTÍCULO 14. PROMOCIÓN DE LA AFILIACIÓN. Las Administradoras de Riesgos podrán utilizar para la promoción de la afiliación a personas físicas o morales como vendedores con o sin relación laboral.

PÁRRAFO I: Cuando la promoción se realice por conducto de personas físicas o morales como vendedores, las Administradoras de Riesgos de Salud verificarán la idoneidad, honestidad, trayectoria, especialización, profesionalismo y conocimiento adecuado de la labor que desarrollan.

PÁRRAFO II: El promotor desarrollará su actividad en beneficio de la Administradora de Riesgos de Salud con la cual haya celebrado el respectivo convenio, sin perjuicio de que en forma expresa obtenga autorización para desarrollar su actividad en beneficio de otras Administradoras de Riesgos de Salud y serán autorizados y supervisados por la SISALRIL.

PÁRRAFO III: Todas las actuaciones de los promotores en el ejercicio de su actividad, obligan a la Administradora de Riesgos de Salud respecto de la cual se hubieren desarrollado, y comprometen por ende su responsabilidad.

PÁRRAFO IV: Las cláusulas de exclusividad de los promotores de seguros de salud con las ARS son de índole exclusiva de sus contratantes.

ARTÍCULO 15. REQUISITOS PARA LA ACREDITACIÓN DE LOS PROMOTORES. Las personas físicas o morales que deban obtener su acreditación con fines de ser promotores de salud, deberán reunir los siguientes requisitos:

- Llenar formulario de solicitud de acreditación en la SISALRIL.
- Presentar certificación de entrenamiento en la o las ARS para las cuales va a prestar el servicio.
- Tomar examen de aprobación en la SISALRIL, que avalen sus conocimientos de los componentes del Plan Básico de Salud, la Ley 87-01, sus modificaciones y normas complementarias.
- Pagar costo de la licencia para la expedición de su carnet por la SISALRIL que lo acredite como Promotor de salud y gestionar sus renovaciones posteriores.

PÁRRAFO I: Para el caso de las personas morales, estos requisitos aplicarán al representante legal debidamente autorizado para esos fines.

PÁRRAFO II: La SISALRIL emitirá la normativa correspondiente para regular la acreditación, seguimiento, causas de suspensión o cancelación y parámetros para el pago de las comisiones de los promotores de salud, entre otras disposiciones necesarias.

ARTÍCULO 16. RESPONSABILIDAD DE LOS PROMOTORES. Cualquier infracción, error u omisión, en especial aquellos que impliquen perjuicio a los intereses de los afiliados o del propio Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), en que incurran los promotores de las Administradoras de Riesgos de Salud en el desarrollo de su actividad, compromete la responsabilidad de la ARS con respecto de la cual realicen sus labores de promoción, o con la cual en ocasión de su gestión se hubiere realizado la respectiva vinculación, sin perjuicio de la responsabilidad de los promotores frente a la correspondiente Administradora de Riesgos de Salud.

EP

ARTÍCULO 17. ORGANIZACIÓN AUTÓNOMA DE LOS PROMOTORES. Las personas morales que hubieren celebrado convenio de promoción con la Administradoras de Riesgos de Salud, deberán disponer de una organización técnica, contable y administrativa que permita la prestación específica de las actividades objeto del convenio, respecto de las demás actividades que desarrollan en virtud de su objeto social.

ARTÍCULO 18. IDENTIFICACIÓN FRENTE A TERCEROS. Los promotores de las Administradoras de Riesgos deberán hacer constar su condición de tales en toda la documentación que utilicen para desarrollar su actividad, e igualmente harán constar la denominación de la Administradora de Riesgos de Salud para la cual realicen su labor de promoción.

ARTÍCULO 19. REGISTRO DE PROMOTORES. Las Administradoras de Riesgos de Salud deberán mantener a disposición de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales una relación de los convenios que hubieren celebrado con promotores de Seguros de Salud acreditados por la SISALRIL, sean personas físicas o morales, según lo previsto en el presente Reglamento.

ARTÍCULO 20. CAPACITACIÓN. Las Administradoras de Riesgos de Salud deberán procurar la idónea, suficiente y oportuna capacitación de sus promotores, mediante programas establecidos para tal fin.

PÁRRAFO I: Los programas de capacitación de las Administradoras de Riesgos de Salud deben cumplir con los requisitos mínimos que establezca la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales en el contenido de la información a proveer a sus promotores sobre la venta de los planes de salud.

PÁRRAFO II: En cualquier tiempo, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales podrá efectuar verificaciones especiales de conocimiento a los promotores de las Administradoras de Riesgos de Salud y podrá disponer la modificación de los correspondientes programas de capacitación.

ARTÍCULO 21 PROHIBICIÓN PARA LAS ADMINISTRADORAS DE RIESGOS DE SALUD Y SUS PROMOTORES. Las Administradoras de Riesgos de Salud reconocerán a sus promotores un pago o comisión que no podrá depender de las condiciones de salud o de la edad del afiliado. Las Administradoras de Riesgos de Salud no podrán establecer otros mecanismos de remuneración a los promotores, diferentes a la comisión pactada, como incentivos o beneficios, ya sea de manera directa o indirecta, propia o por conducto de sus subordinados, en función del volumen de afiliaciones.

PÁRRAFO: Los promotores se abstendrán de compartir o entregar al afiliado, directa o indirectamente, porcentaje alguno de la comisión ordinaria que por su labor de promoción de afiliaciones se hubiere pactado como remuneración en el respectivo convenio.

EP

TÍTULO V
CAPÍTULO I
DISOLUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE ARS

ARTÍCULO 22. DISOLUCIÓN. Las ARS se disolverán por las causas previstas en las leyes vigentes y en sus estatutos de conformidad con la naturaleza de cada una de las entidades. La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales verificará la existencia de la causal de disolución e impartirá su aprobación. Adicionalmente, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales podrá declarar la pérdida de autorización de las ARS en los siguientes casos:

1. El incumplimiento reiterado de las obligaciones establecidas en la Ley 87-01, los reglamentos y normas complementarias vigentes que afecte el correcto funcionamiento del Sistema.
2. La reducción del capital mínimo exigido, o el incumplimiento del margen de solvencia en más de dos períodos trimestrales consecutivos, sin que sea subsanada dicha reducción.
3. El incumplimiento reiterado de la obligación de garantizar las coberturas del Plan Básico de Salud a sus afiliados.
4. El desacato sistemático de las instrucciones y requerimientos que le formule el Consejo Nacional de Seguridad Social y la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, y directamente, dentro del marco de la Ley No. 87-01.
5. El retraso permanente e injustificado en los pagos que deban efectuarse a los Prestadores de Servicios de Salud.
6. El incumplimiento de las órdenes de capitalización que le realice la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.

PÁRRAFO I: La SISALRIL mediante resolución administrativa aprobará la normativa que establezca el procedimiento detallado para la disolución y liquidación de una ARS.

PÁRRAFO II: La pérdida de la habilitación de la ARS se efectuará por resolución motivada, previo el desarrollo de un proceso donde se permita a la ARS presentar los argumentos y descargos correspondientes. Luego de emitida la resolución en este aspecto, por parte de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, la ARS afectada por la misma, podrá ejercer su derecho de apelación ante el CNSS consignados en los artículos 22, literal q) y 184 de la Ley No. 87-01.

ARTÍCULO 23. LIQUIDACIÓN. Establecida la disolución de una ARS se procederá inmediatamente a su liquidación. El proceso de liquidación podrá efectuarse directamente por un liquidador designado por la propia entidad y con la intervención de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, cuando esta entidad juzgue conveniente intervenir la ARS con fines de liquidación.

PÁRRAFO I: Cuando la SISALRIL decida asumir directamente el proceso de liquidación de una ARS designará el liquidador respectivo, quien sustituirá en sus funciones al representante legal de la ARS y los demás organismos de dirección.

PÁRRAFO II: En los eventos en que la liquidación se adelante sin la intervención de la Superintendencia, en todo caso esta entidad ejercerá vigilancia y control sobre el proceso liquidatorio y podrá intervenir en el momento en que lo considere conveniente.

EPO

PÁRRAFO III: El proceso de liquidación de una ARS se efectuará de conformidad con las normas vigentes aplicables según la naturaleza jurídica de la ARS. El noventa por ciento (90%) de los recursos que por concepto del per cápita por Afiliado estén en poder de la ARS, se destinarán, exclusivamente, al pago de las deudas existentes con los prestadores de servicios de salud. El 10% restante se destinará a honrar otro tipo de obligaciones y compromisos que tenga la ARS.

CAPÍTULO II FUSIONES

ARTÍCULO 24. CONCEPTO. Habrá fusión cuando una o más ARS se disuelvan, sin liquidarse, para ser absorbidas por otra o para crear una nueva. El primer evento se denominará fusión por absorción y el segundo, fusión por escisión.

PÁRRAFO. En el caso de que se produzca una fusión por absorción, la absorbente adquirirá los derechos y obligaciones de las ARS disuelta al formalizarse el acuerdo de fusión.

ARTÍCULO 25. CONTENIDO DE LA FUSIÓN. La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) es la autoridad competente para aprobar todas las fusiones de la ARS previa verificación de los requisitos establecidos en los estatutos de las entidades fusionadas para adelantar este trámite. El compromiso de fusión deberá presentarse a la Superintendencia con los siguientes requisitos:

- 1) Los motivos de la proyectada fusión y las condiciones en que se realizará;
- 2) Los datos y cifras, tomados de los libros de contabilidad de las ARS interesadas, que hubieren servido de base para establecer las condiciones en que se realizará la fusión;
- 3) La discriminación y valoración de los activos y pasivos de las sociedades que serán absorbidas, y de la absorbente;
- 4) Un anexo explicativo de los métodos de evaluación utilizados y del intercambio de partes de interés, cuotas o acciones que implicará la operación;
- 5) Copias certificadas de los balances generales de las ARS participantes;
- 6) Compromiso firmado por todas las ARS participantes, donde conste que el proceso de fusión no afectará la prestación de los servicios a los afiliados y los mecanismos que se utilizarán para evitar esta situación, y;
- 7) Estados financieros certificados por tres contadores públicos autorizados, que certifiquen además, el valor actual de las acciones de dicha ARS.
- 8) Un acuerdo de continuidad de servicios que permita la garantía de prestación de servicios de salud a afiliados con condiciones preexistentes o eventos de alto costos abiertos.
- 9) Un estudio económico realizado por una firma independiente, que determine las condiciones de competencia imperantes en el mercado y el impacto que tendrá la fusión en la estructura del mismo y las condiciones de competencia en el mismo, con posterioridad a la fusión.

PARRAFO: La **SISALRIL** se encargará de establecer mediante normativa todos los demás requisitos complementarios que sean necesarios y que deban cumplir las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) para realizar la solicitud de aprobación de una fusión o fusión por escisión, con fines de operar en el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

EF

ARTÍCULO 26. PUBLICIDAD DE LA FUSIÓN. Los representantes legales de las ARS darán a conocer al público la aprobación del compromiso, mediante tres avisos publicados por tres días hábiles consecutivos, en un diario de amplia circulación nacional. Dicho aviso deberá contener:

- 1) Los nombres de las ARS participantes, sus domicilios y el capital social, o el suscrito y el pagado, en su caso;
- 2) El valor de los activos y pasivos de las sociedades que serán absorbidas y de la absorbente;
- 3) La síntesis del anexo explicativo de los métodos de evaluación utilizados y del intercambio de partes de interés, cuotas o acciones que implicará la operación;
- 4) La información necesaria a todos los afiliados de las entidades absorbentes y absorbidas para que tengan conocimiento de los efectos de la fusión en cuanto a la red prestadora de servicios y la forma de acceder a los servicios de salud, y;
- 5) Las citas de las leyes vigentes en este caso, observadas para la realización del proceso.

ARTÍCULO 27. ACREEDORES. Dentro de los treinta días siguientes a la fecha de publicación del acuerdo de fusión, los acreedores de las ARS participantes en la fusión que se consideren afectados por el proceso de fusión podrán solicitar a la Superintendencia que se exija a las ARS garantías satisfactorias y suficientes para el pago de sus créditos. Si la solicitud fuere procedente, la Superintendencia exigirá a las ARS deudoras, que se preste la garantía suficiente o se cancelen los créditos como requisito previo a la aprobación de la fusión.

ARTÍCULO 28. APROBACIÓN. Cumplido los requisitos establecidos en los artículos anteriores, la SISALRIL impartirá la autorización de la fusión y las entidades participantes podrán realizar los actos necesarios para formalizarla.

ARTÍCULO 29. DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LA ARS ABSORBENTE O ESCINDIDAS. En virtud del acuerdo de fusión, una vez formalizado, la ARS absorbente o la ARS nueva adquiere los bienes y derechos de las ARS absorbidas, y se hace cargo de pagar el pasivo interno y externo de las mismas.

CAPÍTULO III

VENTA DE ACTIVOS Y/O PATRIMONIO; DISMINUCIÓN DE CAPITAL Y/O CAPACIDAD INSTALADA Y REFORMA DE LOS ESTATUTOS

ARTÍCULO 30. VENTA DE ACTIVOS Y/O PATRIMONIO. Cuando una ARS pretenda vender activos por valor superior al cincuenta por ciento (50%) de su patrimonio requerirá autorización previa de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, conforme a lo establecido en el literal c) del artículo 153 de la Ley 87-01.

PÁRRAFO: La SISALRIL evaluará la pertinencia, valor u objeto de la venta, teniendo en cuenta que no afecte el normal desarrollo de la ARS ni las obligaciones que posea frente a los Prestadores de Servicios de Salud y los afiliados. Efectuada la evaluación, la

46

Superintendencia mediante resolución, debidamente motivada, aprobará o desautorizará la venta

ARTÍCULO 31. DISMINUCIÓN DE CAPITAL Y/O CAPACIDAD INSTALADA. Toda disminución de capital de una ARS deberá ser autorizada previamente por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, conforme a lo establecido en el literal d) del artículo 153, de la Ley 87-01. En ningún caso dicha disminución puede implicar una reducción del capital por debajo de los valores exigidos en el presente reglamento.

PÁRRAFO I: Cuando la venta de activos o disminución de capital implique adicionalmente una reducción de la capacidad instalada de la ARS, la SISALRIL evaluará si esta reducción afecta el normal funcionamiento de la entidad en relación con el número de afiliados que posea. En el evento en que la SISALRIL determine que la reducción afecta el normal funcionamiento de la entidad, podrá, mediante resolución motivada, rechazarla o autorizarla por un menor valor.

PÁRRAFO II: Para los efectos previstos en el presente artículo se entiende por capacidad instalada los bienes necesarios para la prestación de los servicios que son responsabilidad de las ARS, tales como el hardware y software, la red de prestación de servicios, las sedes administrativas, la capacidad de comunicaciones, entre otros.

ARTÍCULO 32. REFORMA DE ESTATUTOS. Las reformas estatutarias realizadas por las ARS requerirán aprobación expresa previamente de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (literal e) del Art. 153, Ley 87-01). Para impartir la respectiva aprobación las ARS deberán presentar a la SISALRIL copia de la reforma respectiva acompañada de una constancia que indique que para su aprobación se cumplió previamente el procedimiento señalado en los estatutos de la ARS.

PÁRRAFO I: Las reformas estatutarias no podrán contravenir las leyes, los presentes reglamentos y demás normas complementarias dictadas por la SISALRIL y el CNSS.

PÁRRAFO II: Una vez revisado el contenido de la reforma estatutaria, la SISALRIL procederá a realizar las observaciones pertinentes o impartir su aprobación.

TÍTULO VI

CAPÍTULO I DISPOSICIONES VARIAS

ARTÍCULO 33. CONFLICTOS DE INTERÉS Y PRÁCTICAS NO AUTORIZADAS.

Las Administradoras de Riesgos de Salud, sus directores y representantes legales, deberán abstenerse en general de realizar cualquier operación que pueda conducir a prácticas no autorizadas o dar lugar a conflictos de interés entre ellas o sus accionistas, socios, aportantes o administradores, o vinculados, en relación con los recursos que administren y adoptarán las medidas necesarias para evitar que tales conflictos se presenten en la práctica.



PÁRRAFO. Se entiende por conflicto de interés la situación en virtud de la cual una persona en razón de su actividad, se enfrenta a distintas alternativas de conducta con relación a intereses incompatibles, ninguno de los cuales puede privilegiar en atención a sus obligaciones legales o contractuales.

ARTÍCULO 34. INFORMACIÓN. Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), deberán establecer Sistemas de Información con las especificaciones y periodicidad que determine el CNSS, la Empresa Procesadora de la Base de Datos (EPBD), la TSS y la SISALRIL dentro de sus competencias respectivas, canalizado a través de la SISALRIL, con el fin de lograr el adecuado seguimiento y control de su actividad y del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

ARTÍCULO 35. VIGENCIA. El presente Reglamento rige a partir de la fecha de su publicación y emisión del correspondiente Decreto del Poder Ejecutivo.

DADO en Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, a los a los diecinueve (19) días del mes de septiembre del año dos mil veintidós (2022), 177 de la Independencia y 158 de la Restauración.

Resolución No. 553-04: Se remite a la **Comisión Permanente de Riesgos Laborales (CPRL)** la propuesta de la **SISALRIL** sobre Aspectos no contemplados en la Ley No. 87-01 y sus modificaciones, en relación a la suspensión de las pensiones por discapacidad permanente del **Seguro de Riesgos Laborales (SRL)**, en el marco del artículo 197, enviada a través de la Comunicación de la SISALRIL No. 6040, d/f 8/9/2022, para fines de análisis y estudio. La Comisión deberá presentar su informe al **CNSS**.

Resolución No. 553-05: Se instruye al **Gerente General del CNSS** a materializar los cambios propuestos por el **Ministerio de Administración Pública (MAP)** a la **Estructura Organizativa del CNSS**, conforme a lo establecido en la Comunicación del MAP No. 15377, d/f 12/9/2022, así como, a proceder con la firma de la Resolución Administrativa entre ambas entidades, donde quedará refrendada por el MAP la Estructura Organizativa del CNSS.

Resolución No. 553-06: Se remite a la **Comisión Permanente de Reglamentos (CPR)** la solicitud del Gerente General del CNSS, de autorización para firmar contratos y otros documentos administrativos del CNSS; para fines de análisis y estudio. La Comisión deberá presentar su informe al **CNSS**, avocándose de manera diligente a conocer dicho tema, tomando en cuenta el **Principio de Celeridad**.

Resolución No. 553-07: El **Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)**, con el objetivo de apoyar y colaborar con las familias afectadas por el **Huracán Fiona**, dispone asignar, de manera excepcional, un aporte extraordinario de la suma de cien millones de pesos dominicanos (RD\$100,000,000.00), para contribuir en la mitigación de los daños generados como consecuencias de dicho fenómeno, lo cual será **gestionado, monitoreado y supervisado** por una **Comisión Especial** conformada por: **Lic. Juan A. Estévez**, quien la presidirá, así como: **Dr. José Antonio Matos** y **Lic. Juan Ysidro Grullón**, Representantes del Sector Gubernamental; las **Licdas. Roselyn Amaro Bergés** y **Evelyn Koury**, Representantes del Sector Empleador; **Lic. Santo Sánchez** y la **Licda. María Pérez**, Representantes del Sector Laboral; y la **Dra. Mery Hernández**,





CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

Representante del CMD, quienes contarán con el acompañamiento del **Gerente General del CNSS** y con la participación del **Ing. Henry Sahdalá**, Tesorero de la **Tesorería de la Seguridad Social**. Los recursos asignados provendrán de los intereses generados por los fondos de la "Cuenta de Cuidado de Salud de las Personas" del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) y en ningún caso de los aportes de los afiliados y sus empleadores. Dicha Comisión deberá presentar un Informe al CNSS.

Muy Atentamente,


Dr. Edward Guzmán P.
Gerente General



EGP/mc

