



RESOLUCIONES DE LA SESIÓN ORDINARIA No. 388 JUEVES 17 DE MARZO DEL AÑO 2016.

Resolución No. 388-01: Se aprueban las Actas Nos. 384 y 386, correspondientes a la Sesiones del CNSS celebradas en fechas 04 y 18 de Febrero del 2016, respectivamente, con las observaciones realizadas.

Resolución No. 388-02: En la ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, hoy día Diecisiete (17) del mes de Marzo del año Dos Mil Dieciséis (2016), el Consejo Nacional de la Seguridad Social, órgano superior del Sistema Dominicano de Seguridad Social de conformidad con las disposiciones de la Ley 87-01 del 9 de mayo de 2001, con su sede en el Edificio de la Seguridad Social “Presidente Antonio Guzmán Fernández” ubicado en la Avenida Tiradentes, No. 33 del Sector Naco de esta ciudad, regularmente constituido por sus Consejeros los señores: Licda. Maritza Hernández, Dr. Winston Santos, Dra. Altagracia Guzmán Marcelino, Dr. Nelson Rodríguez Monegro, Dr. Sabino Báez, Dra. Carmen Ventura, Licda. Maritza López de Ortíz, Lic. Anatalio Aquino, Lic. Héctor Valdéz Albizu, Licda. Clarissa De La Rocha, Lic. Carlos Rodríguez Álvarez, Licda. Rayvelis Roa Rodríguez, Dr. Ramón Antonio Inoa Inirio Dr. Waldo Ariel Suero, Dra. Mery Hernández, Lic. Edwin Enrique Pérezmella Irizarry, Licda. Teresa Mártez Melo, Licda. Darys Estrella, Dra. Alba Marina Russo Martínez, Licda. Jacqueline Mora, Lic. Jacobo Ramos, Sr. Próspero Davance Juan, Sr. Tomás Chery Morel, Licda. Hinginia Ciprián, Dra. Margarita Disent Belliard, Lic. Virgilio Lebrón Urbáez, Licda. Aracelis De Salas Alcántara, Lic. Orlando Mercedes Piña y Licda. Kenia Nadal Celedonio.

CON MOTIVO DEL RECURSO JERÁRQUICO DE APELACIÓN incoado en fecha 22 de enero del año 2013, por el señor **POLÍN GARCÍA**, dominicano, mayor de edad, portador de la Cédula de Identidad y Electoral No. 001-1323303-5, domiciliado y residente en la Calle 1ra., No. 103, Sector Invi Nuevo, Santo Domingo Este, por intermedio de la **DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN Y DEFENSA DE LOS AFILIADOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL (DIDA)** contra la comunicación de la **SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL)** No. 022144 d/f 20/12/2012, relativa a la posición adoptada respecto al “Límite de Cobertura de Enfermedades de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad a los Afiliados del Régimen Subsidiado”.

VISTA: La documentación que componen el presente expediente.

RESULTA: Que según establece la DIDA en el Recurso de Apelación, en fecha 03/12/2012 el señor **POLÍN GARCÍA** solicitó a la ARS SENASA la cobertura del medicamento Tarceva 150 mg, requerido para el tratamiento de dieciséis (16) quimioterapias, por haber sido diagnosticado con la enfermedad de Adenocarcinoma de Pulmón, C. A. Bronquiolo Alveolar, sin embargo, la citada ARS deniega la cobertura bajo el alegato de que: “...del monto de RD\$1,000,000.00,

correspondiente a alto costo, el afiliado ha consumido RD\$994,670.00, por lo que, tiene disponible RD\$5,330.00. La fecha de reposición será el 01/02/2013”.

RESULTA: Que en fecha 10/12/2012, el señor **POLÍN GARCÍA** recurre a la DIDA para que le otorgue una Certificación de No Cobertura por Medicamento, con la finalidad de recibir una ayuda en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), ya que de las dieciséis (16) quimioterapias indicadas solo le fue autorizado el medicamento para trece (13) de ellas.

RESULTA: Que de acuerdo a lo señalado por la **DIDA** en su instancia, luego de agotadas las gestiones ante la ARS SENASA quien le informó que *“la negación fue producto de las disposiciones administrativas adoptadas por la Dirección de esa ARS”*, procedió a notificar la situación a la SISALRIL, a los fines de que fuese aclarado el tema sobre la cobertura de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad que debe otorgar la ARS SENASA a los afiliados del Régimen Subsidiado, por considerar que los fundamentos jurídicos esgrimidos por dicha ARS para negar la cobertura requerida eran contrarios a las normas preestablecidas.

RESULTA: Que mediante comunicación No. 022144 d/f 20/12/2012, la SISALRIL dando respuesta a otro caso similar, el de la **Sra. María de la Cruz**, estableció su posición institucional sobre el tema, al disponer al respecto lo siguiente *“(....) la ARS SENASA no puede otorgar prestaciones a los afiliados que no estén contenidas en el catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud, denominado también Plan de Servicios de Salud, versión 3.0, por ser este el que está vigente para los afiliados del Régimen Subsidiado y Contributivo, conforme lo establecido en el art. 129 de la ley 87-01 y sus normas complementarias, por consiguiente, la cobertura para las enfermedades catastróficas o de alto costo que aplica para los afiliados del RS es de 1 millón por persona por año, con la ventaja de que los afiliados de éste régimen no están sujetos a períodos de espera, toda vez que ellos no cotizan para la seguridad social”*.

RESULTA: Que no conforme con la posición de la SISALRIL, mediante comunicación D-120 de fecha 22 de enero del 2013, la DIDA interpuso un Recurso de Apelación ante el CNSS, solicitando que: *“1) Evalúe este caso; 2) Que en lo adelante no se continúe la práctica de aplicar el tope de cobertura máxima del PDSS que se exige en el Régimen Contributivo, ya que no existe cuerpo legal que estipule un monto mínimo o máximo para asemejarlo a las coberturas del Régimen Subsidiado, declarándose así las decisiones de la citada ARS como improcedente, mal fundada y carente de base legal”*.

RESULTA: Que posterior a la recepción de la Instancia contentiva del Recurso de Apelación incoado por el señor **POLÍN GARCÍA**, por intermedio de la DIDA, mediante comunicación CNSS No. 42 de fecha 23 de enero del 2013, se procedió a notificar el Recurso de referencia al Presidente y demás miembros del Consejo Nacional de Seguridad Social.

RESULTA: Que en fecha 31 de enero del 2013, el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) emitió la **Resolución No. 308-06**, mediante la cual se creó una Comisión Especial conformada por la Dra. Carmen Ventura, Representante del Sector Gubernamental y quien la presidirá; Lic. Angelina Biviana Riveiro Disla, Representante del Sector Empleador; Lic. Ruth Esther Díaz Medrano, Representante del Sector Laboral; y el Dr. Persio Olivo Romero, en representación del CMD; para que conozca el Recurso de Apelación Interpuesto por la DIDA en representación de los Sres. Polín García, Dora Eneida Pimentel y Cristiana Contreras, contra la comunicación de la SISALRIL No. 022144 d/f 20/12/12, relativo a la posición adoptada respecto al “Límite de Cobertura de Enfermedades de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad a los Afiliados del Régimen Subsidiado” y presentar un informe al CNSS.

RESULTA: Que a raíz del Recurso de Apelación y en virtud de lo que establece el Art. 22 del Reglamento de Normas y Procedimientos de Apelación para el CNSS, se notificó a los miembros nombrados mediante la Resolución del CNSS precedentemente citada y a la **SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL)**, la instancia contentiva del Recurso de Apelación del señor **POLÍN GARCÍA**.

RESULTA: Que mediante la Comunicación de fecha 25 de febrero del 2013, la **SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL)**, depositó su Escrito de Defensa, el cual fue remitido a la parte recurrente como a la Comisión Apoderada, cuya parte dispositiva de sus conclusiones solicita lo siguiente: “**PRIMERO: RECHAZAR**, en cuanto al fondo, el Recurso de Apelación (Recurso Jerárquico) de fecha 22 de enero del año 2013, interpuesto por el señor **POLÍN GARCÍA** a través de la Dirección de Información y Defensa del Afiliado (DIDA), contra la posición adoptada por esta Superintendencia mediante el oficio SISALRIL No. 022144, de fecha 20 de diciembre del año 2012, por improcedente, carente de base legal y mal fundado, conforme a los motivos expuestos precedentemente; **SEGUNDO: Declarar el procedimiento libre de costas.**”

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL, LUEGO DE ESTUDIAR Y ANALIZAR EL RECURSO

SOBRE LA COMPETENCIA DEL CNSS:

CONSIDERANDO: Que el presente caso se trata de un Recurso de Apelación incoado por el señor **POLÍN GARCÍA**, por intermedio de la **DIDA**, contra la comunicación de la **SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL)** No. 022144 d/f 20/12/2012, relativa a la posición adoptada respecto al “Límite de Cobertura de Enfermedades de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad a los Afiliados del Régimen Subsidiado”.

CONSIDERANDO: Que el Consejo Nacional de Seguridad Social, en nombre y representación del Estado, debe velar por el estricto cumplimiento de la Ley 87-01 y sus normas complementarias. En tal sentido, en apego a lo dispuesto en el Artículo 22 del citado texto legal, es responsable de garantizar el funcionamiento del sistema y de sus instituciones, defender a los beneficiarios del mismo, así como de velar por el desarrollo institucional del Sistema Dominicano de Seguridad Social;

CONSIDERANDO: Que conforme al citado Artículo 22, de la Ley 87-01, literal q), dentro de las atribuciones del CNSS se destaca la siguiente: “*Conocer en grado de apelación de las decisiones y disposiciones del Gerente General, el Gerente de la Tesorería de la Seguridad Social y de los Superintendentes de Pensiones y de Salud y Riesgos Laborales, cuando sean recurridas por los interesados*”.

CONSIDERANDO: Que en ese sentido, es deber del Consejo Nacional de Seguridad Social, previo examen al fondo, determinar si el presente recurso de apelación cumple con las formalidades legales propias para determinar su admisibilidad.

CONSIDERANDO: Que el artículo 8 del Reglamento que establece Normas y Procedimientos para las Apelaciones por ante el Consejo Nacional de Seguridad Social establece que: “**Competencia de Atribución y Territorial del CNSS.-** El CNSS tendrá competencia territorial para todo el territorio de la República Dominicana. Conforme a lo previsto en la letra q) del Artículo 22, y en los Artículos 117 y 184 de la Ley 87-01, el CNSS **conocerá de las apelaciones y**

recursos interpuestos por parte interesada, contra las decisiones y disposiciones de la SISALRIL, la SIPEN y la TSS. [...]”;

CONSIDERANDO: Que por tratarse del conocimiento de un recurso dictado contra una decisión de la SISALRIL, debe entenderse que el recurso a que se refiere el Artículo 8 del Reglamento previamente citado, se trata de un recurso de apelación, por lo cual, este Consejo es del criterio que tiene competencia para conocer el mismo;

ARGUMENTOS DE LA DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN Y DEFENSA DE LOS AFILIADOS A LA SEGURIDAD SOCIAL (DIDA), PARTE RECURRENTE:

CONSIDERANDO: Que dentro de sus argumentos, la DIDA establece que mediante la Resolución del CNSS No. 51-03, d/f 30/10/2002 se dio inicio al Seguro Familiar de Salud (SFS) para el Régimen Subsidiado, otorgándose prestaciones a los afiliados sin límite alguno y que el Plan de Servicios de Salud (PDSS) fue aprobado con el objetivo de iniciar exclusivamente el Régimen Contributivo, lo que se evidencia en el Acuerdo firmado en fecha 19/12/2006 y aprobado por el CNSS mediante la Resolución No. 151-06 d/f 11/01/2007.

CONSIDERANDO: Que continúa señalando la DIDA, que la ARS SENASA autorizó en favor del señor **POLÍN GARCÍA** la cobertura del medicamento Tarceva 150 mg, el cual según sus investigaciones, no está contenido en el Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS) ni por el Cuadro de Medicamentos esenciales del MISPAS, con lo cual, se excedió del tope máximo existente para el Régimen Contributivo de un millón de pesos (RD\$1,000,000.00), referente a la cobertura de las atenciones de alto costo y máximo nivel de complejidad”.

CONSIDERANDO: Que según establece la parte recurrente, no existe normativa y/o disposición legal que regule de manera específica y precisa las prestaciones que garantiza el PDSS para el Régimen Subsidiado.

VISTAS LAS DEMÁS ARGUMENTACIONES QUE COMPONEN LA INSTANCIA CONTENTIVA DEL RECURSO DE APELACIÓN.

ARGUMENTOS DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL), PARTE RECURRIDA:

CONSIDERANDO: Que por el contrario, la SISALRIL como parte recurrida, establece que no existe un Plan Básico de Salud (PBS) para el Régimen Contributivo y otro para el Régimen Subsidiado, como indica la parte recurrente, sino un PBS, de carácter integral para toda la población dominicana en virtud del Artículo 129 de la Ley 87-01.

CONSIDERANDO: Que continúa señalando la SISALRIL, que el otorgamiento de coberturas adicionales a las aprobadas por el CNSS, constituye una de las causas por las cuales la ARS SENASA presenta un déficit financiero, por lo que, esa Superintendencia debe velar para que las mismas sean producto de los márgenes operacionales o superávits que dicha ARS logre al cierre de cada ejercicio fiscal, previo sometimiento del estudio financiero y actuarial que demuestre la cobertura que puede extender gratuitamente con cargo a estos márgenes.

CONSIDERANDO: Que respecto al argumento de que no existe normativa y/o disposición legal que regule de manera específica y precisa las prestaciones que garantiza el PDSS para el Régimen Subsidiado, la SISALRIL considera que existen disposiciones legales suficientemente

claras sobre la existencia de un PBS único para todos los afiliados al SDSS y que sus beneficios alcanzan a todos por igual.

VISTAS LAS DEMÁS ARGUMENTACIONES QUE COMPONEN LA INSTANCIA CONTENTIVA DEL ESCRITO DE DEFENSA.

EN CUANTO AL FONDO DEL RECURSO:

CONSIDERANDO: Que el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) para conocer el Recurso de Apelación que se ha interpuesto ante él, pondera las circunstancias de hecho y derecho de todos los intereses en conflicto, valorando el fondo del asunto, ya que la finalidad del mismo es analizar si la decisión de la SISALRIL fue tomada en apego estricto a las disposiciones de la Ley 87-01 y sus normas complementarias, que en el caso que nos ocupa se debe determinar la legalidad o no de la posición adoptada por dicha entidad, respecto al tope de Cobertura de Un Millón de Pesos (RD\$1,000,000.00) para la Enfermedad de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad que padece el señor **POLÍN GARCÍA**, afiliado al Régimen Subsidiado.

CONSIDERANDO: Que dentro de los principios rectores del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) establecidos en el Artículo 3 de la Ley 87-01 se encuentran: el **Principio de Gradualidad** que dispone el desarrollo en forma progresiva y constante de la Seguridad Social con el objeto de amparar a toda la población, mediante la prestación de servicios de calidad, oportunos y satisfactorios; y el **Principio de Equilibrio Financiero** el cual se basa en la correspondencia entre las prestaciones garantizadas y el monto del financiamiento, a fin de asegurar la sostenibilidad del SDSS.

CONSIDERANDO: Que en lo que respecta al Seguro Familiar de Salud (SFS), el citado texto legal establece en su Artículo 129 lo siguiente: *“El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) garantizará, en forma gradual y progresiva, a toda la población dominicana, independientemente de su condición social, laboral y económica **y del régimen financiero a que pertenece, un plan básico de salud, de carácter integral, (...)”***

CONSIDERANDO: Que en ese sentido, el CNSS aprobó mediante la Resolución 48-13 d/f 10 de octubre del año 2002 el Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud, el cual en su Artículo 3, literal b) define al PBS como el conjunto de servicios de salud a los que tienen derecho todos los afiliados a los regímenes Contributivo, Contributivo-Subsidiado y Subsidiado.

CONSIDERANDO: Que mediante la Resolución No. 51-03 de fecha 30 de octubre del 2002, emitida por el CNSS se implementó el Sistema Dominicano de Seguridad Social en la Región IV iniciando con el Régimen Subsidiado el funcionamiento del Seguro Familiar de Salud.

CONSIDERANDO: Que posteriormente, para el inicio del SFS del Régimen Contributivo todos los sectores vinculados al SDSS aprobaron y firmaron un Acuerdo mediante la cual se dispuso en el punto 3.2.1. la modificación de la Resolución del CNSS No. 51-06 que aprobó el Catálogo de Prestaciones del Plan Básico de Salud (PBS) para adecuarlo a los servicios contemplados en el Plan de Servicios de Salud (PDSS) y que el mismo se aplicaría a partir de la entrada en vigencia del Régimen Contributivo.

CONSIDERANDO: Que en cumplimiento a este punto del Acuerdo, el CNSS mediante la Resolución No. 151-08 d/f 11/01/2007 modificó la Res. No. 51-06 para que en lo adelante expresara lo siguiente: *“Se aprueba el Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud*

(PDSS) convenido como parte del acuerdo para el Inicio del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, (...) para el caso del Seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado se mantiene en vigencia el costo per cápita de RD\$2,176.10 aprobado en fecha 30 de octubre de 2002, completado mediante los aportes del estado dominicano a la red pública de salud.”

CONSIDERANDO: Que como se evidencia en las disposiciones legales precedentemente indicadas, ni el Reglamento del SFS y el PBS, ni las resoluciones precedentemente citadas se refieren a la aprobación de un Plan Básico de Salud de manera independiente para cada uno de los tres regímenes de financiamiento, por el contrario, las mismas están acordes a lo establecido en el Artículo 129 de la Ley 87-01 que establece claramente que el SDSS garantiza a toda la población dominicana un PBS, independientemente del régimen financiero al que pertenezcan los afiliados.

CONSIDERANDO: Que en ese orden, de acuerdo a la gradualidad establecida en la Ley 87-01, las prestaciones del Seguro Familiar de Salud contenidas en el PDSS han ido incrementándose paulatinamente incorporándose nuevas coberturas y en ese sentido, respecto a las Enfermedades de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad (Grupo 9 del Catálogo de Prestaciones del PDSS), actualmente el tope de Cobertura es de RD\$1,000,000.00, por persona por evento por año, para los afiliados del Régimen Subsidiado, con las exenciones expresamente consagradas en la Ley 87-01 y sus normas complementarias, conforme a las resoluciones del CNSS y de la SISALRIL.

CONSIDERANDO: Que en relación a otros aspectos, los beneficiarios del Régimen Subsidiado se diferencian de los del Régimen Contributivo, porque gozan de exenciones, tales como: a) Recibir medicamentos esenciales gratuitos (Artículo 130 de la Ley 87-01); b) Estar exentos del pago de cuotas moderadoras (Artículo 31, párrafo 4 del Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud) y c) No estar sujetos al cobro de copago en medicamentos ambulatorios (Artículo 35 de la citada normativa), por lo que, se evidencia que dichas exenciones están expresamente establecidas en la Ley 87-01 y sus normas complementarias.

CONSIDERANDO: Que de la ponderación de las documentaciones aportadas, después de haber escuchado a los representantes de las partes envueltas en el presente recurso, vistas las consultas jurídicas presentadas y luego del análisis realizado por la Comisión apoderada del presente Recurso, ha quedado demostrado que, en la actualidad, el límite de Cobertura de Enfermedades de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad para los afiliados del Régimen Subsidiado es de Un Millón de Pesos (RD\$1,000.000.00) por persona por evento por año, en virtud de que existe un sólo Plan Básico de Salud para el Régimen Contributivo y Subsidiado, conforme a lo establecido en el **Artículo 129 de la Ley 87-01**.

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL, por autoridad de la Ley 87-01 y sus normas complementarias y en mérito a lo establecido anteriormente:

R E S U E L V E:

PRIMERO: DECLARA como **BUENO y VÁLIDO** en cuanto a la forma, el Recurso de Apelación incoado por el señor **POLÍN GARCÍA** a través de la **DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN Y DEFENSA DE LOS AFILIADOS A LA SEGURIDAD SOCIAL (DIDA)**, por haber sido interpuesto dentro de los plazos previstos y conforme a las normas establecidas.

SEGUNDO: En cuanto al fondo, **RECHAZA** el Recurso de Apelación interpuesto por el señor **POLÍN GARCÍA** a través de la **DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN Y DEFENSA DE LOS**

AFILIADOS A LA SEGURIDAD SOCIAL (DIDA), en contra de la comunicación de la **SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL)** No. 022144 d/f 20/12/2012, relativa a la posición adoptada respecto al “Límite de Cobertura de Enfermedades de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad a los Afiliados del Régimen Subsidiado”.

TERCERO: Se **CONFIRMA** que el límite de Cobertura de Enfermedades de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad para los afiliados del Régimen Subsidiado es de Un Millón de Pesos (RD\$1,000.000.00) por persona por evento por año, en virtud de que en la actualidad, existe un sólo Plan Básico de Salud para el Régimen Contributivo y Subsidiado, conforme a lo establecido en el Artículo 129 de la Ley 87-01.

CUARTO: Se **INSTRUYE** al Gerente General del CNSS notificar la presente Resolución a las partes envueltas en el mismo.

Resolución No. 388-03: En la ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, hoy día Diecisiete (17) del mes de Marzo del año Dos Mil Dieciséis (2016), el Consejo Nacional de la Seguridad Social, órgano superior del Sistema Dominicano de Seguridad Social de conformidad con las disposiciones de la Ley 87-01 del 9 de mayo de 2001, con su sede en el Edificio de la Seguridad Social “Presidente Antonio Guzmán Fernández” ubicado en la Avenida Tiradentes, No. 33 del Sector Naco de esta ciudad, regularmente constituido por sus Consejeros los señores: Licda. Maritza Hernández, Dr. Winston Santos, Dra. Altagracia Guzmán Marcelino, Dr. Nelson Rodríguez Monegro, Dr. Sabino Báez, Dra. Carmen Ventura, Licda. Maritza López de Ortíz, Lic. Anatalio Aquino, Lic. Héctor Valdéz Albizu, Licda. Clarissa De La Rocha, Lic. Carlos Rodríguez Álvarez, Licda. Rayvelis Roa Rodríguez, Dr. Ramón Antonio Inoa Inirio Dr. Waldo Ariel Suero, Dra. Mery Hernández, Lic. Edwin Enrique Pérezmella Irizarry, Licda. Teresa Mártez Melo, Licda. Darys Estrella, Dra. Alba Marina Russo Martínez, Licda. Jacqueline Mora, Lic. Jacobo Ramos, Sr. Próspero Davance Juan, Sr. Tomás Chery Morel, Licda. Hinginia Ciprián, Dra. Margarita Disent Belliard, Lic. Virgilio Lebrón Urbáez, Licda. Aracelis De Salas Alcántara, Lic. Orlando Mercedes Piña y Licda. Kenia Nadal Celedonio.

CON MOTIVO DEL RECURSO DE APELACIÓN incoado en fecha 22 de enero del año 2013, por la señora **DORA ENEIDA PIMENTEL**, dominicana, mayor de edad, portadora de la Cédula de Identidad y Electoral No. 010-0063404-6, domiciliada y residente en la Calle Máximo Gómez, No. 17, La Charca, Azua, República Dominicana, por intermedio de la **DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN Y DEFENSA DE LOS AFILIADOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL (DIDA)** contra la comunicación de la **SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL)** No. 022144 d/f 20/12/2010, relativa a la posición adoptada respecto al “Límite de Cobertura de Enfermedades de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad a los Afiliados del Régimen Subsidiado”.

VISTA: La documentación que componen el presente expediente.

RESULTA: Que según establece la DIDA en su Recurso de Apelación, en fecha 04/10/2012 la señora **DORA ENEIDA PIMENTEL** solicitó a la ARS SENASA la cobertura del medicamento Trastuzumar 440 mg, requerido para el tratamiento de 16 quimioterapias, por haber sido diagnosticada con la enfermedad de Carcinoma Ductal Infiltrante, sin embargo, la citada ARS deniega la cobertura bajo el siguiente alegato: “...su cobertura en procedimiento de alto costo es de RD\$1,000.000.00, la cual ya fue agotada.”

RESULTA: Que en fecha 05/09/2014, la señora **DORA ENEIDA PIMENTEL** recurre a la DIDA para que le otorgue una Certificación de No Cobertura por Medicamento, con la finalidad de

recibir una ayuda en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS), ya que de las 16 quimioterapias indicadas solo le fue autorizado el medicamento para trece (13) de ellas.

RESULTA: Que la **DIDA** en representación de la señora **DORA ENEIDA PIMENTEL** notificó la situación a la **SISALRIL**, a los fines de que fuese aclarado el tema sobre la cobertura de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad que debe otorgar la **ARS SENASA** a los afiliados del Régimen Subsidiado, por considerar que los fundamentos jurídicos esgrimidos por dicha **ARS** para negar la cobertura requerida eran contrarios a las normas preestablecidas.

RESULTA: Que mediante comunicación No. 022144 d/f 20/12/2012, la **SISALRIL** dando respuesta a otro caso similar, el de la **Sra. María de la Cruz**, estableció su posición institucional sobre el tema, al disponer al respecto lo siguiente: “(...) *la ARS SENASA no puede otorgar prestaciones a los afiliados que no estén contenidas en el catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud, denominado también Plan de Servicios de Salud, versión 3.0, por ser este el que está vigente para los afiliados del Régimen Subsidiado y Contributivo, conforme lo establecido en el art. 129 de la ley 87-01 y sus normas complementarias, por consiguiente, la cobertura para las enfermedades catastróficas o de alto costo que aplica para los afiliados del RS es de 1 millón por persona por año, con la ventaja de que los afiliados de éste régimen no están sujetos a períodos de espera, toda vez que ellos no cotizan para la seguridad social*”.

RESULTA: Que no conforme con la posición de la **SISALRIL**, mediante comunicación D-119 de fecha 22 de enero del 2013, la **DIDA** interpuso un Recurso de Apelación ante el **CNSS**, solicitando que: “1) *Evalúe este caso;* 2) *Que en lo adelante no se continúe la práctica de aplicar el tope de cobertura máxima del PDSS que se exige en el Régimen Contributivo, ya que no existe cuerpo legal que estipule un monto mínimo o máximo para asemejarlo a las coberturas del Régimen Subsidiado, declarándose así las decisiones de la citada ARS como improcedente, mal fundada y carente de base legal*”.

RESULTA: Que posterior a la recepción de la Instancia contentiva del Recurso de Apelación incoado por la señora **DORA ENEIDA PIMENTEL**, por intermedio de la **DIDA**, mediante comunicación **CNSS** No. 42 de fecha 23 de enero del 2013, se procedió a notificar el Recurso de referencia al Presidente y demás miembros del Consejo Nacional de Seguridad Social.

RESULTA: Que en fecha 31 de enero del 2013, el Consejo Nacional de Seguridad Social (**CNSS**) emitió la **Resolución No. 308-06**, mediante la cual se creó una Comisión Especial conformada por la Dra. Carmen Ventura, Representante del Sector Gubernamental y quien la presidirá; Lic. Angelina Biviana Riveiro Disla, Representante del Sector Empleador; Lic. Ruth Esther Díaz Medrano, Representante del Sector Laboral; y el Dr. Persio Olivo Romero, en representación del **CMD**; para que conozca el Recurso de Apelación Interpuesto por la **DIDA** en representación de los Sres. Polín García, **Dora Eneida Pimentel** y Cristiana Contreras, contra la comunicación de la **SISALRIL** No. 022144 d/f 20/12/12, relativo a la posición adoptada respecto al “Límite de Cobertura de Enfermedades de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad a los Afiliados del Régimen Subsidiado” y presentar un informe al **CNSS**.

RESULTA: Que a raíz del Recurso de Apelación y en virtud de lo que establece el Artículo 22 del Reglamento de Normas y Procedimientos de Apelación para el **CNSS**, se notificó a los miembros nombrados mediante la Resolución del **CNSS** precedentemente citada y a la **SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL)**, la instancia contentiva del Recurso de Apelación de la señora **DORA ENEIDA PIMENTEL**.

RESULTA: Que mediante la Comunicación de fecha 25 de febrero del 2013, la **SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL)**, depositó su Escrito de Defensa, el cual fue remitido a la parte recurrente como a la Comisión Apoderada, cuya parte dispositiva de sus conclusiones solicita lo siguiente: “**PRIMERO: RECHAZAR**, en cuanto al fondo, el Recurso de Apelación (Recurso Jerárquico) de fecha 22 de enero del año 2013, interpuesto por la afiliada **DORA ENEIDA PIMENTEL** a través de la Dirección de Información y Defensa del Afiliado (DIDA), contra la posición adoptada por esta Superintendencia mediante el oficio SISALRIL No. 022144, de fecha 20 de diciembre del año 2012, por improcedente, carente de base legal y mal fundado, conforme a los motivos expuestos precedentemente; **SEGUNDO: Declarar el procedimiento libre de costas.**”

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL, LUEGO DE ESTUDIAR Y ANALIZAR EL RECURSO

SOBRE LA COMPETENCIA DEL CNSS:

CONSIDERANDO: Que el presente caso se trata de un Recurso de Apelación incoado por la señora **DORA ENEIDA PIMENTEL**, por intermedio de la DIDA, contra la comunicación de la **SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL)** No. 022144 d/f 20/12/2012, relativa a la posición adoptada respecto al “Límite de Cobertura de Enfermedades de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad a los Afiliados del Régimen Subsidiado”.

CONSIDERANDO: Que el Consejo Nacional de Seguridad Social, en nombre y representación del Estado, debe velar por el estricto cumplimiento de la Ley 87-01 y sus normas complementarias. En tal sentido, en apego a lo dispuesto en el Artículo 22 del citado texto legal, es responsable de garantizar el funcionamiento del sistema y de sus instituciones, defender a los beneficiarios del mismo, así como de velar por el desarrollo institucional del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

CONSIDERANDO: Que conforme al citado Artículo 22, de la Ley 87-01, literal q), dentro de las atribuciones del CNSS se destaca la siguiente: “*Conocer en grado de apelación de las decisiones y disposiciones del Gerente General, el Gerente de la Tesorería de la Seguridad Social y de los Superintendentes de Pensiones y de Salud y Riesgos Laborales, cuando sean recurridas por los interesados*”.

CONSIDERANDO: Que en ese sentido, es deber del Consejo Nacional de Seguridad Social, previo examen al fondo, determinar si el presente recurso de apelación cumple con las formalidades legales propias para determinar su admisibilidad.

CONSIDERANDO: Que el artículo 8 del Reglamento que establece Normas y Procedimientos para las Apelaciones por ante el Consejo Nacional de Seguridad Social establece que: “**Competencia de Atribución y Territorial del CNSS.-** El CNSS tendrá competencia territorial para todo el territorio de la República Dominicana. Conforme a lo previsto en la letra q) del Artículo 22, y en los Artículos 117 y 184 de la Ley 87-01, el CNSS **conocerá de las apelaciones y recursos interpuestos por parte interesada, contra las decisiones y disposiciones de la SISALRIL, la SIPEN y la TSS. [...]**”;

CONSIDERANDO: Que por tratarse del conocimiento de un recurso dictado contra una decisión de la SISALRIL, debe entenderse que el recurso a que se refiere el Artículo 8 del Reglamento previamente citado, se trata de un recurso de apelación, por lo cual, este Consejo es del criterio que tiene competencia para conocer el mismo;

ARGUMENTOS DE LA DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN Y DEFENSA DE LOS AFILIADOS A LA SEGURIDAD SOCIAL (DIDA), PARTE RECURRENTE:

CONSIDERANDO: Que dentro de sus argumentos, la DIDA establece que mediante la Resolución del CNSS No. 51-03, d/f 30/10/2002 se dio inicio al Seguro Familiar de Salud (SFS) para el Régimen Subsidiado, otorgándose prestaciones a los afiliados sin límite alguno y que el Plan de Servicios de Salud (PDSS) fue aprobado con el objetivo de iniciar exclusivamente el Régimen Contributivo, lo que se evidencia en el Acuerdo firmado en fecha 19/12/2006 y aprobado por el CNSS mediante la Resolución No. 151-06 d/f 11/01/2007.

CONSIDERANDO: Que continúa señalando la DIDA, la ARS SENASA autorizó en favor de la señora **DORA ENEIDA PIMENTEL** la cobertura del medicamento Trastuzumar 440 mg, el cual según sus investigaciones, no está contenido en el Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS) ni por el Cuadro de Medicamentos esenciales del MISPAS, con lo cual, se excedió del tope máximo existente para el Régimen Contributivo de un millón de pesos (RD\$1,000,000.00), referente a la cobertura de las atenciones de alto costo y máximo nivel de complejidad.

CONSIDERANDO: Que según establece la parte recurrente, no existe normativa y/o disposición legal que regule de manera específica y precisa las prestaciones que garantiza el PDSS para el Régimen Subsidiado.

VISTAS LAS DEMÁS ARGUMENTACIONES QUE COMPONEN LA INSTANCIA CONTENTIVA DEL RECURSO DE APELACIÓN.

ARGUMENTOS DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL), PARTE RECURRIDA:

CONSIDERANDO: Que por el contrario, la SISALRIL como parte recurrida, establece que no existe un Plan Básico de Salud (PBS) para el Régimen Contributivo y otro para el Régimen Subsidiado, como indica la parte recurrente, sino un PBS, de carácter integral para toda la población dominicana en virtud del Artículo 129 de la Ley 87-01.

CONSIDERANDO: Que continúa señalando la SISALRIL, que el otorgamiento de coberturas adicionales a las aprobadas por el CNSS, constituye una de las causas por las cuales la ARS SENASA presenta un déficit financiero, por lo que, esa Superintendencia debe velar para que las mismas sean producto de los márgenes operacionales o superávits que dicha ARS logre al cierre de cada ejercicio fiscal, previo sometimiento del estudio financiero y actuarial que demuestre la cobertura que puede extender gratuitamente con cargo a estos márgenes.

CONSIDERANDO: Que respecto al argumento de que no existe normativa y/o disposición legal que regule de manera específica y precisa las prestaciones que garantiza el PDSS para el Régimen Subsidiado, la SISALRIL considera que existen disposiciones legales suficientemente claras sobre la existencia de un PBS único para todos los afiliados al SDSS y que sus beneficios alcanzan a todos por igual.

VISTAS LAS DEMÁS ARGUMENTACIONES QUE COMPONEN LA INSTANCIA CONTENTIVA DEL ESCRITO DE DEFENSA.

EN CUANTO AL FONDO DEL RECURSO:

CONSIDERANDO: Que el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) para conocer el Recurso de Apelación que se ha interpuesto ante él, pondera las circunstancias de hecho y derecho de todos los intereses en conflicto, valorando el fondo del asunto, ya que la finalidad del mismo es analizar si la decisión de la SISALRIL fue tomada en apego estricto a las disposiciones de la Ley 87-01 y sus normas complementarias, que en el caso que nos ocupa se debe determinar la legalidad o no de la posición adoptada por dicha entidad, respecto al tope de Cobertura de Un Millón de Pesos (RD\$1,000,000.00) para la Enfermedad de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad que padece la señora **DORA ENEIDA PIMENTEL**, afiliada al Régimen Subsidiado.

CONSIDERANDO: Que dentro de los principios rectores del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) establecidos en el Artículo 3 de la Ley 87-01 se encuentran: el **Principio de Gradualidad** que dispone el desarrollo en forma progresiva y constante de la Seguridad Social con el objeto de amparar a toda la población, mediante la prestación de servicios de calidad, oportunos y satisfactorios; y el **Principio de Equilibrio Financiero** el cual se basa en la correspondencia entre las prestaciones garantizadas y el monto del financiamiento, a fin de asegurar la sostenibilidad del SDSS.

CONSIDERANDO: Que en lo que respecta al Seguro Familiar de Salud (SFS), el citado texto legal establece en su Artículo 129 lo siguiente: *“El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) garantizará, en forma gradual y progresiva, a toda la población dominicana, independientemente de su condición social, laboral y económica y del régimen financiero a que pertenezca, un plan básico de salud, de carácter integral, (...)”*

CONSIDERANDO: Que en ese sentido, el CNSS aprobó mediante la Resolución 48-13 d/f 10 de octubre del año 2002 el Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud, el cual en su Artículo 3, literal b) define al PBS como el conjunto de servicios de salud a los que tienen derecho todos los afiliados a los regímenes Contributivo, Contributivo-Subsidiado y Subsidiado.

CONSIDERANDO: Que mediante la Resolución No. 51-03 de fecha 30 de octubre del 2002, emitida por el CNSS se implementó el Sistema Dominicano de Seguridad Social en la Región IV iniciando con el Régimen Subsidiado el funcionamiento del Seguro Familiar de Salud.

CONSIDERANDO: Que posteriormente, para el inicio del SFS del Régimen Contributivo todos los sectores vinculados al SDSS aprobaron y firmaron un Acuerdo mediante la cual se dispuso en el punto 3.2.1. la modificación de la Resolución del CNSS No. 51-06 que aprobó el Catálogo de Prestaciones del Plan Básico de Salud (PBS) para adecuarlo a los servicios contemplados en el Plan de Servicios de Salud (PDSS) y que el mismo se aplicaría a partir de la entrada en vigencia del Régimen Contributivo.

CONSIDERANDO: Que en cumplimiento a este punto del Acuerdo, el CNSS mediante la Resolución No. 151-08 d/f 11/01/2007 modificó la Res. No. 51-06 para que en lo adelante expresara lo siguiente: *“Se aprueba el Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS) convenido como parte del acuerdo para el Inicio del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, (...) para el caso del Seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado se mantiene en vigencia el costo per cápita de RD\$2,176.10 aprobado en fecha 30 de octubre de 2002, completado mediante los aportes del estado dominicano a la red pública de salud.”*

CONSIDERANDO: Que como se evidencia en las disposiciones legales precedentemente indicadas, ni el Reglamento del SFS y el PBS, ni las resoluciones precedentemente citadas se refieren a la aprobación de un Plan Básico de Salud de manera independiente para cada uno de los tres regímenes de financiamiento, por el contrario, las mismas están acordes a lo establecido en el Artículo 129 de la Ley 87-01 que establece claramente que el SDSS garantiza a toda la población dominicana un PBS, independientemente del régimen financiero al que pertenezcan los afiliados.

CONSIDERANDO: Que en ese orden, de acuerdo a la gradualidad establecida en la Ley 87-01, las prestaciones del Seguro Familiar de Salud contenidas en el PDSS han ido incrementándose paulatinamente incorporándose nuevas coberturas y en ese sentido, respecto a las Enfermedades de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad (Grupo 9 del Catálogo de Prestaciones del PDSS), actualmente el tope de Cobertura es de RD\$1,000,000.00, por persona por evento por año, para los afiliados del Régimen Subsidiado, con las exenciones expresamente consagradas en la Ley 87-01 y sus normas complementarias, conforme a las resoluciones del CNSS y de la SISALRIL.

CONSIDERANDO: Que en relación a otros aspectos, los beneficiarios del Régimen Subsidiado se diferencian de los del Régimen Contributivo, porque gozan de exenciones, tales como: a) Recibir medicamentos esenciales gratuitos (Artículo 130 de la Ley 87-01); b) Estar exentos del pago de cuotas moderadoras (Artículo 31, párrafo 4 del Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud) y c) No estar sujetos al cobro de copago en medicamentos ambulatorios (Artículo 35 de la citada normativa), por lo que, se evidencia que dichas exenciones están expresamente establecidas en la Ley 87-01 y sus normas complementarias.

CONSIDERANDO: Que de la ponderación de las documentaciones aportadas, después de haber escuchado a los representantes de las partes envueltas en el presente recurso, vistas las consultas jurídicas presentadas y luego del análisis realizado por la Comisión apoderada del presente Recurso, ha quedado demostrado que, en la actualidad, el límite de Cobertura de Enfermedades de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad para los afiliados del Régimen Subsidiado es de Un Millón de Pesos (RD\$1,000.000.00) por persona por evento por año, en virtud de que existe un sólo Plan Básico de Salud para el Régimen Contributivo y Subsidiado, conforme a lo establecido en el **Artículo 129 de la Ley 87-01**.

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL, por autoridad de la Ley 87-01 y sus normas complementarias y en mérito a lo establecido anteriormente:

R E S U E L V E:

PRIMERO: DECLARA como **BUENO y VÁLIDO** en cuanto a la forma, el Recurso de Apelación incoado por la señora **DORA ENEIDA PIMENTEL** a través de la **DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN Y DEFENSA DE LOS AFILIADOS A LA SEGURIDAD SOCIAL (DIDA)**, por haber sido interpuesto dentro de los plazos previstos y conforme a las normas establecidas.

SEGUNDO: En cuanto al fondo, **RECHAZA** el Recurso de Apelación interpuesto por la señora **DORA ENEIDA PIMENTEL** a través de la **DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN Y DEFENSA DE LOS AFILIADOS A LA SEGURIDAD SOCIAL (DIDA)**, en contra de la comunicación de la **SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL)** No. 022144 d/f 20/12/2012, relativa a la posición adoptada respecto al “Límite de Cobertura de Enfermedades de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad a los Afiliados del Régimen Subsidiado”.

TERCERO: Se **CONFIRMA** que el límite de Cobertura de Enfermedades de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad para los afiliados del Régimen Subsidiado es de Un Millón de Pesos (RD\$1,000.000.00) por persona por evento por año, en virtud de que en la actualidad, existe un sólo Plan Básico de Salud para el Régimen Contributivo y Subsidiado, conforme a lo establecido en el Artículo 129 de la Ley 87-01.

CUARTO: Se **INSTRUYE** al Gerente General del CNSS notificar la presente Resolución a las partes envueltas en el mismo.

Resolución No. 388-04: En la ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, hoy día Diecisiete (17) del mes de Marzo del año Dos Mil Dieciséis (2016), el Consejo Nacional de la Seguridad Social, órgano superior del Sistema Dominicano de Seguridad Social de conformidad con las disposiciones de la Ley 87-01 del 9 de mayo de 2001, con su sede en el Edificio de la Seguridad Social “Presidente Antonio Guzmán Fernández” ubicado en la Avenida Tiradentes, No. 33 del Sector Naco de esta ciudad, regularmente constituido por sus Consejeros los señores: Licda. Maritza Hernández, Dr. Winston Santos, Dra. Altagracia Guzmán Marcelino, Dr. Nelson Rodríguez Monegro, Dr. Sabino Báez, Dra. Carmen Ventura, Licda. Maritza López de Ortíz, Lic. Anatalio Aquino, Lic. Héctor Valdéz Albizu, Licda. Clarissa De La Rocha, Lic. Carlos Rodríguez Álvarez, Licda. Rayvelis Roa Rodríguez, Dr. Ramón Antonio Inoa Inirio Dr. Waldo Ariel Suero, Dra. Mery Hernández, Lic. Edwin Enrique Pérezmella Irizarry, Licda. Teresa Mártez Melo, Licda. Darys Estrella, Dra. Alba Marina Russo Martínez, Licda. Jacqueline Mora, Lic. Jacobo Ramos, Sr. Próspero Davance Juan, Sr. Tomás Chery Morel, Licda. Hinginia Ciprián, Dra. Margarita Disent Belliard, Lic. Virgilio Lebrón Urbáez, Licda. Aracelis De Salas Alcántara y Lic. Orlando Mercedes Piña y Licda. Kenia Nadal Celedonio.

CON MOTIVO DEL RECURSO DE APELACIÓN incoado en fecha 22 de enero del año 2013, por la señora **CRISTINA CONTRERAS**, dominicana, mayor de edad, portadora de la Cédula de Identidad y Electoral No. 068-0026352-4, domiciliada y residente en la Calle El Memiso, No. 68, La Colonia, Azua, Rep. Dom., por intermedio de la **DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN Y DEFENSA DE LOS AFILIADOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL (DIDA)** contra la comunicación de la **SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL)** No. 022144 d/f 20/12/2012, relativa a la posición adoptada respecto al “Límite de Cobertura de Enfermedades de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad a los Afiliados del Régimen Subsidiado”.

VISTA: La documentación que componen el presente expediente.

RESULTA: Que según establece la DIDA en el Recurso de Apelación, en fecha 31/10/2012 la señora **CRISTINA CONTRERAS** solicitó a la ARS SENASA la cobertura del medicamento Cetuximab, requerido para el tratamiento de doce (12) quimioterapias, por haber sido diagnosticada con la enfermedad de Cáncer de Colon, sin embargo, la citada ARS deniega la cobertura bajo el alegato de que: *“...del monto de RD\$1,000,000.00, correspondiente a alto costo, ha consumido RD\$989,450.37, por lo que, sólo le resta RD\$10,549.63. La fecha de reposición será el 01/01/2013”*.

RESULTA: Que en fecha 02/11/2012, la señora **CRISTINA CONTRERAS** recurre a la DIDA para que le otorgue una Certificación de No Cobertura por Medicamento, con la finalidad de recibir una ayuda en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS).

RESULTA: Que la **DIDA** en representación de la señora **CRISTINA CONTRERAS**, notificó la situación a la **SISALRIL**, a los fines de que fuese aclarado el tema sobre la cobertura de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad que debe otorgar la ARS SENASA a los afiliados del

Régimen Subsidiado, por considerar que los fundamentos jurídicos esgrimidos por dicha ARS para negar la cobertura requerida eran contrarios a las normas preestablecidas.

RESULTA: Que mediante comunicación No. 022144 d/f 20/12/2012, la SISALRIL dando respuesta a otro caso similar, el de la **Sra. María de la Cruz**, estableció su posición institucional sobre el tema, al disponer al respecto lo siguiente “(...) *la ARS SENASA no puede otorgar prestaciones a los afiliados que no estén contenidas en el catálogo de prestaciones del Plan Básico de Salud, denominado también Plan de Servicios de Salud, versión 3.0, por ser éste el que está vigente para los afiliados del Régimen Subsidiado y Contributivo, conforme lo establecido en el art. 129 de la ley 87-01 y sus normas complementarias, por consiguiente, la cobertura para las enfermedades catastróficas o de alto costo que aplica para los afiliados del RS es de 1 millón por persona por año, con la ventaja de que los afiliados de este régimen no están sujetos a períodos de espera, toda vez que ellos no cotizan para la seguridad social*”.

RESULTA: Que no conforme con la posición de la SISALRIL, mediante comunicación D-118 de fecha 22 de enero del 2013, la DIDA interpuso un Recurso de Apelación ante el CNSS, solicitando que: “1) *Evalúe este caso;* 2) *Que en lo adelante no se continúe la práctica de aplicar el tope de cobertura máxima del PDSS que se exige en el Régimen Contributivo, ya que no existe cuerpo legal que estipule un monto mínimo o máximo para asemejarlo a las coberturas del Régimen Subsidiado, declarándose así las decisiones de la citada ARS como improcedente, mal fundada y carente de base legal*”.

RESULTA: Que posterior a la recepción de la Instancia contentiva del Recurso de Apelación incoado por la señora **CRISTINA CONTRERAS**, por intermedio de la DIDA, mediante comunicación CNSS No. 42 de fecha 23 de enero del 2013, se procedió a notificar el Recurso de referencia al Presidente y demás miembros del Consejo Nacional de Seguridad Social.

RESULTA: Que en fecha 31 de enero del 2013, el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) emitió la **Resolución No. 308-06**, mediante la cual se creó una Comisión Especial conformada por la Dra. Carmen Ventura, Representante del Sector Gubernamental y quien la presidirá; Lic. Angelina Biviana Riveiro Disla, Representante del Sector Empleador; Lic. Ruth Esther Díaz Medrano, Representante del Sector Laboral; y el Dr. Persio Olivo Romero, en representación del CMD; para que conozca el Recurso de Apelación Interpuesto por la DIDA en representación de los Sres. Polín García, Dora Eneida Pimentel y **Cristiana Contreras**, contra la comunicación de la SISALRIL No. 022144 d/f 20/12/12, relativo a la posición adoptada respecto al “Límite de Cobertura de Enfermedades de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad a los Afiliados del Régimen Subsidiado” y presentar un informe al CNSS.

RESULTA: Que a raíz del Recurso de Apelación y en virtud de lo que establece el Artículo 22 del Reglamento de Normas y Procedimientos de Apelación para el CNSS, se notificó a los miembros nombrados mediante la Resolución del CNSS precedentemente citada y a la **SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL)**, la instancia contentiva del Recurso de Apelación de la señora **CRISTINA CONTRERAS**.

RESULTA: Que mediante la Comunicación de fecha 25 de febrero del 2013, la **SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL)**, depositó su Escrito de Defensa, el cual fue remitido tanto a la parte recurrente como a la Comisión Apoderada, en cuya parte dispositiva solicita lo siguiente: “**PRIMERO: RECHAZAR**, en cuanto al fondo, el Recurso de Apelación (Recurso Jerárquico) de fecha 22 de enero del año 2013, interpuesto por la señora **CRISTINA CONTRERAS**, por conducto de la Dirección de Información y Defensa del Afiliado (DIDA), contra la posición adoptada por esta Superintendencia mediante

el oficio SISALRIL No. 022144, de fecha 20 de diciembre del año 2012, por improcedente, carente de base legal y mal fundado, conforme a los motivos expuestos precedentemente; **SEGUNDO:** Declarar el procedimiento libre de costas.”

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL, LUEGO DE ESTUDIAR Y ANALIZAR EL RECURSO

SOBRE LA COMPETENCIA DEL CNSS:

CONSIDERANDO: Que el presente caso se trata de un Recurso de Apelación incoado por la señora **CRISTINA CONTRERAS**, por intermedio de la DIDA, contra la comunicación de la **SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL)** No. 022144 d/f 20/12/2012, relativa a la posición adoptada respecto al “Límite de Cobertura de Enfermedades de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad a los Afiliados del Régimen Subsidiado”.

CONSIDERANDO: Que el Consejo Nacional de Seguridad Social, en nombre y representación del Estado, debe velar por el estricto cumplimiento de la Ley 87-01 y sus normas complementarias. En tal sentido, en apego a lo dispuesto en el Artículo 22 del citado texto legal, es responsable de garantizar el funcionamiento del sistema y de sus instituciones, defender a los beneficiarios del mismo, así como de velar por el desarrollo institucional del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

CONSIDERANDO: Que conforme al citado Artículo 22, de la Ley 87-01, literal q), dentro de las atribuciones del CNSS se destaca la siguiente: “*Conocer en grado de apelación de las decisiones y disposiciones del Gerente General, el Gerente de la Tesorería de la Seguridad Social y de los Superintendentes de Pensiones y de Salud y Riesgos Laborales, cuando sean recurridas por los interesados*”.

CONSIDERANDO: Que en ese sentido, es deber del Consejo Nacional de Seguridad Social, previo examen al fondo, determinar si el presente recurso de apelación cumple con las formalidades legales propias para determinar su admisibilidad.

CONSIDERANDO: Que el artículo 8 del Reglamento que establece Normas y Procedimientos para las Apelaciones por ante el Consejo Nacional de Seguridad Social establece que: “**Competencia de Atribución y Territorial del CNSS.-** El CNSS tendrá competencia territorial para todo el territorio de la República Dominicana. Conforme a lo previsto en la letra q) del Artículo 22 y en los Artículos 117 y 184 de la Ley 87-01, el CNSS **conocerá de las apelaciones y recursos interpuestos por parte interesada, contra las decisiones y disposiciones de la SISALRIL, la SIPEN y la TSS. [...]**”;

CONSIDERANDO: Que por tratarse del conocimiento de un recurso dictado contra una decisión de la SISALRIL, debe entenderse que el recurso a que se refiere el Artículo 8 del Reglamento previamente citado, se trata de un Recurso de Apelación, por lo cual, este Consejo es del criterio que tiene competencia para conocer el mismo;

ARGUMENTOS DE LA DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN Y DEFENSA DE LOS AFILIADOS A LA SEGURIDAD SOCIAL (DIDA), PARTE RECURRENTE:

CONSIDERANDO: Que dentro de sus argumentos, la DIDA establece que mediante la Resolución del CNSS No. 51-03, d/f 30/10/2002 se dio inicio al Seguro Familiar de Salud (SFS) para el Régimen Subsidiado, otorgándose prestaciones a los afiliados sin límite alguno y que el

Plan de Servicios de Salud (PDSS) fue aprobado con el objetivo de iniciar exclusivamente el Régimen Contributivo, lo que se evidencia en el Acuerdo firmado en fecha 19/12/2006 y aprobado por el CNSS mediante la Resolución No. 151-06 d/f 11/01/2007.

CONSIDERANDO: Que continúa señalando la DIDA, que la ARS SENASA autorizó en favor de la señora **CRISTINA CONTRERAS** la cobertura del medicamento Cetuximab, el cual según sus investigaciones, no está contenido en el Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS) ni por el Cuadro de Medicamentos esenciales del MISPAS, con lo cual, se excedió del tope máximo existente para el Régimen Contributivo de un millón de pesos (RD\$1,000,000.00), referente a la cobertura de las atenciones de alto costo y máximo nivel de complejidad.

CONSIDERANDO: Que según establece la parte recurrente, no existe normativa y/o disposición legal que regule de manera específica y precisa las prestaciones que garantiza el PDSS para el Régimen Subsidiado.

VISTAS LAS DEMÁS ARGUMENTACIONES QUE COMPONEN LA INSTANCIA CONTENTIVA DEL RECURSO DE APELACIÓN.

ARGUMENTOS DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL), PARTE RECURRIDA:

CONSIDERANDO: Que por el contrario, la SISALRIL como parte recurrida, establece que no existe un Plan Básico de Salud (PBS) para el Régimen Contributivo y otro para el Régimen Subsidiado, como indica la parte recurrente, sino un PBS de carácter integral para toda la población dominicana, en virtud del Artículo 129 de la Ley 87-01.

CONSIDERANDO: Que continúa señalando la SISALRIL, que el otorgamiento de coberturas adicionales a las aprobadas por el CNSS, constituye una de las causas por las cuales la ARS SENASA presenta un déficit financiero, por lo que, esa Superintendencia debe velar para que las mismas sean producto de los márgenes operacionales o superávits que dicha ARS logre al cierre de cada ejercicio fiscal, previo sometimiento del estudio financiero y actuarial que demuestre la cobertura que puede extender gratuitamente con cargo a estos márgenes.

CONSIDERANDO: Que respecto al argumento de que no existe normativa y/o disposición legal que regule de manera específica y precisa las prestaciones que garantiza el PDSS para el Régimen Subsidiado, la SISALRIL considera que existen disposiciones legales suficientemente claras sobre la existencia de un PBS único para todos los afiliados al SDSS y que sus beneficios alcanzan a todos por igual.

VISTAS LAS DEMÁS ARGUMENTACIONES QUE COMPONEN LA INSTANCIA CONTENTIVA DEL ESCRITO DE DEFENSA.

EN CUANTO AL FONDO DEL RECURSO

CONSIDERANDO: Que el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) para conocer el Recurso de Apelación que se ha interpuesto ante él, pondera las circunstancias de hecho y derecho de todos los intereses en conflicto, valorando el fondo del asunto, ya que la finalidad del mismo es analizar si la decisión de la SISALRIL fue tomada en apego estricto a las disposiciones de la Ley 87-01 y sus normas complementarias, que en el caso que nos ocupa se debe determinar la legalidad o no de la posición adoptada por dicha entidad, respecto al tope de Cobertura de Un Millón de Pesos (RD\$1,000,000.00) para la Enfermedad de Alto Costo y Máximo

Nivel de Complejidad que padece la señora **CRISTINA CONTRERAS**, afiliada al Régimen Subsidiado.

CONSIDERANDO: Que dentro de los principios rectores del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) establecidos en el Artículo 3 de la Ley 87-01 se encuentran: el **Principio de Gradualidad** que dispone el desarrollo en forma progresiva y constante de la Seguridad Social con el objeto de amparar a toda la población, mediante la prestación de servicios de calidad, oportunos y satisfactorios; y el **Principio de Equilibrio Financiero** el cual se basa en la correspondencia entre las prestaciones garantizadas y el monto del financiamiento, a fin de asegurar la sostenibilidad del SDSS.

CONSIDERANDO: Que en lo que respecta al Seguro Familiar de Salud (SFS), el citado texto legal establece en su Artículo 129 lo siguiente: *“El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) garantizará, en forma gradual y progresiva, a toda la población dominicana, independientemente de su condición social, laboral y económica y del régimen financiero a que pertenezca, un plan básico de salud, de carácter integral, (...)”*

CONSIDERANDO: Que en ese sentido, el CNSS aprobó mediante la Resolución 48-13 d/f 10 de octubre del año 2002 el Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud, el cual en su Artículo 3, literal b) define al PBS como el conjunto de servicios de salud a los que tienen derecho todos los afiliados a los regímenes Contributivo, Contributivo-Subsidiado y Subsidiado.

CONSIDERANDO: Que mediante la Resolución No. 51-03 de fecha 30 de octubre del 2002, emitida por el CNSS se implementó el Sistema Dominicano de Seguridad Social en la Región IV iniciando con el Régimen Subsidiado el funcionamiento del Seguro Familiar de Salud.

CONSIDERANDO: Que posteriormente, para el inicio del SFS del Régimen Contributivo todos los sectores vinculados al SDSS aprobaron y firmaron un Acuerdo mediante la cual se dispuso en el punto 3.2.1. la modificación de la Resolución del CNSS No. 51-06 que aprobó el Catálogo de Prestaciones del Plan Básico de Salud (PBS) para adecuarlo a los servicios contemplados en el Plan de Servicios de Salud (PDSS) y que el mismo se aplicaría a partir de la entrada en vigencia del Régimen Contributivo.

CONSIDERANDO: Que en cumplimiento a este punto del Acuerdo, el CNSS mediante la Resolución No. 151-08 d/f 11/01/2007 modificó la Res. No. 51-06 para que en lo adelante expresara lo siguiente: *“Se aprueba el Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS) convenido como parte del acuerdo para el Inicio del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, (...) para el caso del Seguro Familiar de Salud del Régimen Subsidiado se mantiene en vigencia el costo per cápita de RD\$2,176.10 aprobado en fecha 30 de octubre de 2002, completado mediante los aportes del estado dominicano a la red pública de salud.”*

CONSIDERANDO: Que como se evidencia en las disposiciones legales precedentemente indicadas, ni el Reglamento del SFS y el PBS, ni las resoluciones precedentemente citadas se refieren a la aprobación de un Plan Básico de Salud de manera independiente para cada uno de los tres regímenes de financiamiento, por el contrario, las mismas están acordes a lo establecido en el Artículo 129 de la Ley 87-01 que establece claramente que el SDSS garantiza a toda la población dominicana un PBS, independientemente del régimen financiero al que pertenezcan los afiliados.

CONSIDERANDO: Que en ese orden, de acuerdo a la gradualidad establecida en la Ley 87-01, las prestaciones del Seguro Familiar de Salud contenidas en el PDSS han ido incrementándose paulatinamente incorporándose nuevas coberturas y en ese sentido, respecto a las Enfermedades de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad (Grupo 9 del Catálogo de Prestaciones del PDSS), actualmente el tope de Cobertura es de RD\$1,000,000.00, por persona por evento por año, para los afiliados del Régimen Subsidiado, con las exenciones expresamente consagradas en la Ley 87-01 y sus normas complementarias, conforme a las resoluciones del CNSS y de la SISALRIL.

CONSIDERANDO: Que en relación a otros aspectos, los beneficiarios del Régimen Subsidiado se diferencian de los del Régimen Contributivo, porque gozan de exenciones, tales como: a) Recibir medicamentos esenciales gratuitos (Artículo 130 de la Ley 87-01); b) Estar exentos del pago de cuotas moderadoras (Artículo 31, párrafo 4 del Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud) y c) No estar sujetos al cobro de copago en medicamentos ambulatorios (Artículo 35 de la citada normativa), por lo que, se evidencia que dichas exenciones están expresamente establecidas en la Ley 87-01 y sus normas complementarias.

CONSIDERANDO: Que de la ponderación de las documentaciones aportadas, después de haber escuchado a los representantes de las partes envueltas en el presente recurso, vistas las consultas jurídicas presentadas y luego del análisis realizado por la Comisión apoderada del presente Recurso, ha quedado demostrado que, en la actualidad, el límite de Cobertura de Enfermedades de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad para los afiliados del Régimen Subsidiado es de Un Millón de Pesos (RD\$1,000.000.00) por persona por evento por año, en virtud de que existe un sólo Plan Básico de Salud para el Régimen Contributivo y Subsidiado, conforme a lo establecido en el **Artículo 129 de la Ley 87-01**.

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL, por autoridad de la Ley 87-01 y sus normas complementarias y en mérito a lo establecido anteriormente:

R E S U E L V E:

PRIMERO: DECLARA como **BUENO y VÁLIDO** en cuanto a la forma, el Recurso de Apelación incoado por la señora **CRISTINA CONTRERAS** a través de la **DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN Y DEFENSA DE LOS AFILIADOS A LA SEGURIDAD SOCIAL (DIDA)**, por haber sido interpuesto dentro de los plazos previstos y conforme a las normas establecidas.

SEGUNDO: En cuanto al fondo, **RECHAZA** el Recurso de Apelación interpuesto por la señora **CRISTINA CONTRERAS** a través de la **DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN Y DEFENSA DE LOS AFILIADOS A LA SEGURIDAD SOCIAL (DIDA)**, en contra de la comunicación de la **SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL)** No. 022144 d/f 20/12/2012, relativa a la posición adoptada respecto al "Límite de Cobertura de Enfermedades de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad a los Afiliados del Régimen Subsidiado".

TERCERO: Se **CONFIRMA** que el límite de Cobertura de Enfermedades de Alto Costo y Máximo Nivel de Complejidad para los afiliados del Régimen Subsidiado es de Un Millón de Pesos (RD\$1,000.000.00) por persona por evento por año, en virtud de que en la actualidad, existe un sólo Plan Básico de Salud para el Régimen Contributivo y Subsidiado, conforme a lo establecido en el Artículo 129 de la Ley 87-01.

CUARTO: Se **INSTRUYE** al Gerente General del CNSS notificar la presente Resolución a las partes envueltas en el mismo.

Resolución No. 388-05: Se remite a la Comisión Especial de Estancias Infantiles la solicitud realizada por la AEISS, de revisión y actualización del Reglamento de “Procedimiento para el Inicio Gradual de los Servicios de Estancias Infantiles del SFS del RC”, para fines de estudio y revisión. Dicha Comisión deberá presentar su informe al CNSS.

Resolución No. 388-06: Se crea una Comisión Especial conformada por: Dr. Winston Santos, Representante del Sector Gubernamental y quien la presidirá; Licda. Rayvelis Roa Rodríguez, Representante del Sector Empleador; Licda. Margarita Disent Belliard, Representante del Sector Laboral; Licda. Aracelis De Salas Alcántara, Representante de los Gremios de Enfermería; y el Lic. Felipe E. Soto, en representación de los Profesionales y Técnicos; para conocer la Solicitud realizada por la DIDA de rectificación de la Resolución del CNSS No.189-07 d/f 04/09/08, para fines de estudio y revisión. Dicha Comisión deberá presentar su informe al CNSS.