

CNSS aprueba ampliación de cobertura en el catálogo de prestaciones y la implementación de un per cápita diferenciado en el Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo

Resolución No. 624-02:

CONSIDERANDO 1: Que el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) mediante la Resolución No. 605-08, d/f 12/12/2024, remitió a la Comisión de Presupuesto, Finanzas e Inversiones (CPFel), la situación de la Cápita del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo del Sistema Dominicano de Seguridad Social, presentada por el Sector Empleador mediante la comunicación d/f 04/12/2024; para fines de revisión y análisis, debiendo dicha Comisión presentar su informe al CNSS.

CONSIDERANDO 2: Que asimismo, la Comisión Permanente de Presupuesto, Finanzas e Inversiones (CPPFel), en coordinación con la Comisión Permanente de Salud (CPS), conoció y analizó otras resoluciones del CNSS, incluyendo el aumento de la tarifa de honorarios médicos para consultas ambulatorias (Resolución No. 595-03, d/f 25/07/2024), la inclusión de la cirugía de reducción de mamas por gigantomastia en el Catálogo de Prestaciones del PDSS (Resoluciones Nos. 600-08, d/f 03/10/2024 y 606-04, d/f 23/1/2025), así como, la incorporación del paquete de diagnóstico y tratamiento para la tuberculosis en el Plan de Servicios de Salud (PDSS) (Resolución No. 616-05, d/f 10/7/2025), evaluando su viabilidad financiera, pertinencia técnica y modelo de cofinanciamiento, en el marco de la Estrategia Nacional para poner fin a la Tuberculosis.

CONSIDERANDO 3: Que los miembros de la Comisión Permanente de Presupuesto, Finanzas e Inversiones, se reunieron en varias ocasiones para conocer, evaluar y analizar los temas antes descritos, escuchando a la SISALRIL, a la TSS y a otros actores del SDSS, con el objetivo de poder realizar los aumentos de coberturas y los ajustes necesarios del per cápita por efectos de inflación del Régimen Contributivo, sin que los mismos generen un impacto en los afiliados al SDSS, así como, establecer las bases para la implementación del per cápita diferenciado.

CONSIDERANDO 4: Que, a través de las propuestas de la SISALRIL antes mencionadas se da cumplimiento a varios de los mandatos establecidos en la Resolución del CNSS No. 563-01, de fecha 29/1/2023.

CONSIDERANDO 5: 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 6: Que el artículo 8 de la Constitución de la República Dominicana consagra como finalidad esencial del Estado la protección efectiva de los derechos fundamentales, el respeto a la dignidad humana y la promoción del bienestar colectivo, en cuya realización se inscribe la organización y garantía de mecanismos institucionales destinados a asegurar la cobertura de necesidades básicas ante situaciones de vulnerabilidad social.

CONSIDERANDO 7: Que el artículo 39 de la Constitución garantiza el derecho a la igualdad, estableciendo que todas las personas son iguales ante la ley y deben recibir el mismo trato y protección sin discriminación. El Estado tiene el deber de crear condiciones jurídicas y administrativas que aseguren esta igualdad. Además, se permite la adopción de medidas diferenciadas cuando sean necesarias para corregir desigualdades estructurales y lograr una igualdad sustantiva.

CONSIDERANDO 8: Que el artículo 60 de la Constitución reconoce el derecho universal y progresivo a la Seguridad Social e impone al Estado la responsabilidad de garantizar la protección efectiva de las personas frente a las contingencias que comprometan su capacidad de subsistencia, con apego a los principios de equidad, solidaridad y sostenibilidad.

CONSIDERANDO 9: Que, el artículo 61 de la Constitución consagra el derecho a la salud y obliga al Estado a garantizar el acceso equitativo, oportuno y de calidad a los servicios de salud, asegurando su universalidad, continuidad, eficiencia y justicia distributiva.

CONSIDERANDO 10: Que la justicia distributiva busca promover el bienestar y la estabilidad mediante la equidad, corrigiendo desigualdades y asegurando condiciones mínimas de vida digna. Su objetivo es distribuir los recursos de forma justa, según los méritos o necesidades de cada persona.

CONSIDERANDO 11: Que en fecha 9 de mayo del 2001, fue promulgada la Ley No. 87-01, que crea el nuevo Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), 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 12: Que el artículo 3 de la Ley núm. 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, establece como principios rectores del Sistema, entre otros, la universalidad, la unidad, la equidad, la solidaridad, la eficiencia y la sostenibilidad, los cuales deben orientar las decisiones de los órganos y entes responsables del sistema. Así como 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 13: Que el Principio de Juridicidad, consagrado en el artículo 4 de la Ley núm. 107-13, sobre los Derechos de las Personas en sus Relaciones con la Administración Pública y de Procedimiento Administrativo, impone a los órganos del Estado la obligación de ejercer sus funciones dentro del marco de competencias legalmente atribuidas y conforme a los fines establecidos por el ordenamiento jurídico, excluyendo toda actuación arbitraria o desvinculada de la ley.

CONSIDERANDO 14: 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 15: 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 16: Que el Artículo 130 de la Ley 87-01, establece lo siguiente: "Prestaciones farmacéuticas ambulatorias Las prestaciones farmacéuticas ambulatorias de los Regímenes Contributivo y Contributivo Subsidiado cubrirán el setenta (70) por ciento del precio a nivel del consumidor, debiendo el beneficiario aportar el treinta (30) por ciento restante. El Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) aprobará el listado a ser cubierto tomando en cuenta el cuadro básico de medicamentos elaborado por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), el cual será de aplicación obligatoria y única para todas las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) que participen en el Sistema Dominicano de Seguridad Social. Los beneficiarios del Régimen Subsidiado recibirán medicamentos esenciales gratuitos. Las normas complementarias establecerán la competencia y los procedimientos para la prescripción y entrega de las prestaciones farmacéuticas ambulatorias".

CONSIDERANDO 17: Que el artículo 148 de la Ley núm. 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social estipula que las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) son entidades públicas, privadas o mixtas, descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, autorizadas por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales a asumir y administrar el riesgo de la provisión del Plan Básico de Salud a una determinada cantidad de beneficiarios, mediante un pago per cápita previamente establecido por el Consejo Dominicano de Seguridad Social.

CONSIDERANDO 18: Que el pago por capitación que reciben las ARS, establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social y gestionado por la Tesorería de la Seguridad Social, consiste en una tarifa fija mensual por cada persona afiliada, destinada a cubrir la administración y prestación de servicios del Plan Básico de Salud.

CONSIDERANDO 19: Que el artículo 169 de la Ley No. 87-01, otorga al **Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)**, la competencia para establecer tarifas diferenciadas en función del riesgo individual de los beneficiarios en el Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud, siempre que existan condiciones técnicas debidamente comprobadas, como las demostradas mediante los estudios técnicos actuariales realizados y sometidos al CNSS por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), lo cual garantiza la legalidad y conformidad con el principio de juridicidad de las actuaciones tanto de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales como del Consejo Nacional de Seguridad Social.

CONSIDERANDO 20: 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 21: 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 22: Que, en cumplimiento de las disposiciones legales vigentes, se han efectuado las revisiones al per cápita del PBS/PDSS que se listan a continuación: **Resolución 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 del 2011; Resolución del CNSS No. 321-01, de fecha 30 de julio del 2013; Resolución del CNSS No. 375-02, de fecha 29 de octubre del 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 del 2017, Resolución del CNSS No. 482-07, de fecha 24 de octubre del 2019, la Resolución del CNSS No. 533-01, de fecha 8 de octubre del 2021, la Resolución del CNSS No. 553-02, de fecha 22 de septiembre del 2022, la Resolución del CNSS No. 563-01, de fecha 26/1/2023 y la Resolución del CNSS No. 581-03, de fecha 14/12/2023.**

CONSIDERANDO 23: Que, en virtud de las citadas resoluciones del CNSS y conforme a las estimaciones de la SISALRIL, se ha dispuesto el incremento progresivo del per cápita mensual del Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Contributivo (RC), reconociendo ajustes por indexación e inflación correspondientes a los períodos de marzo 2021 a marzo 2022 y abril 2022 a marzo 2023, así como, reembolsos retroactivos desde el 1 de agosto de 2022, elevando dicho per cápita de RD\$1,490.14 a RD\$1,555.14 en febrero de 2023, y posteriormente, mediante la Resolución del CNSS No. 581-03, de fecha 14/12/2023 se incrementó a RD\$1,683.22 a partir de noviembre de 2023, sin comprometer la sostenibilidad financiera del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

CONSIDERANDO 24: Que, para el aumento del **per cápita por efectos de inflación** se utilizó la variabilidad promedio del IPC General e IPC Salud, donde, a través de la Resolución del CNSS No. 581-03, d/f 14/12/2023 se reconoció el período correspondiente de abril del 2022 a marzo del 2023, por tales motivos y luego de analizar las estimaciones enviadas por la SISALRIL, mediante la presente resolución se reconocerá la indexación del IPC promedio acumulado del período de abril del 2023 hasta marzo del 2025, ascendente a la suma de Ciento Cuarenta y Dos Pesos con 08/100 (RD\$142.08).

CONSIDERANDO 25: Que a fines de medir el impacto, que generaría el aumento del per cápita y ajuste por inflación sobre la Cuenta Cuidado de la Salud de las Personas (CCS) del Régimen Contributivo, fueron proyectados

posibles escenarios, en el Modelo de Proyección sobre 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, exponiéndose que en estos momentos el escenario posible sería el de **RD\$204.32**, para garantizar la recuperación de dicha cuenta con relación al tiempo y monto, sin eventos adversos de por medio, evidenciándose la suficiencia económica sólo hasta ese tope, aspecto que con el aumento del per cápita sugerido, no pondría en riesgo el equilibrio financiero del SDSS.

CONSIDERANDO 26: Que, luego de realizar las proyecciones necesarias, en las que no se pone en riesgo la sostenibilidad financiera del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS). Se recomienda aumentar el per cápita mensual del Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Contributivo (RC), en la suma de **Doscientos Cuatro Pesos Dominicanos con 32/100 (RD\$204.32)**, para un total de **Mil Ochocientos Ochenta y Siete Pesos Dominicanos con 54/100 (RD\$1,887.54)**, de los cuales la **Tesorería de la Seguridad Social (TSS)** dispersará **Mil Ochocientos Ochenta y Dos Pesos con 49/100 (RD\$1,882.49) a las ARS y Cinco Pesos con 05/100 (RD\$5.05)** al Fondo Especial para Programas Prioritarios de Salud Pública, con cargo a la Cuenta Cuidado de la Salud de las Personas del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, a partir de la dispersión correspondiente al mes de noviembre del año 2025.

CONSIDERANDO 27: 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 28: Que, en ese orden, el **Comité Nacional de Salarios** emitió la Resolución No. 01-2025, d/f 11/3/2025 mediante la cual actualizó el salario mínimo del sector privado no sectorizado, de manera escalonada 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 cálculo establecida por el CNSS, el **Salario Mínimo Nacional**, el cual a partir del **1 de abril del 2025** fue fijado en la suma de **Veintiún Mil Seiscientos Setenta y Cuatro Pesos con 80/100 (RD\$21,674.80)**, 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 Sobrevivencia, 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. Asimismo, en la citada Resolución del Comité Nacional de Salarios quedó establecido que, a partir del 1 de febrero del 2026, el monto del **Salario Mínimo Nacional** será de **Veintitrés Mil Doscientos Veintitrés Pesos con 00/100 (RD\$23,223.00)**.

CONSIDERANDO 29: Que el artículo 172 de la Ley 87-01 relativo a las Modalidades de compromisos de gestión dispone lo siguiente: "La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, regulará las condiciones mínimas de los contratos entre las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) o el Seguro Nacional de Salud (SNS) y las Proveedoras de Servicios de Salud (PSS), propiciando formas de riesgos compartidos que fomenten relaciones mutuamente satisfactorias. A tal efecto, establecerá normas, condiciones e incentivos recíprocos que estimulen una atención integral, oportuna, satisfactoria y de calidad mediante mecanismos compensatorios en función de indicadores y parámetros de desempeño y resultados previamente establecidos. Dicha superintendencia velará porque todos los contratos y subcontratos se ajusten a los principios de la seguridad social, a la presente ley y sus normas complementarias y supervisará su aplicación".

CONSIDERANDO 30: Que el artículo 176, literal I), de la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, establece como función de la **SISALRIL** lo siguiente: Fungir como árbitro conciliador cuando existan desacuerdos entre las **Administradoras de Riesgos de Salud (ARS)** o el **Seguro Nacional de Salud y las Proveedoras de Servicios de Salud (PSS)**, sean éstas entidades y/o profesionales de la salud y establecer, en última instancia, precios y tarifas de los servicios del Plan Básico de Salud.

CONSIDERANDO 31: Que, en el marco del fortalecimiento del Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Contributivo del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), se ha dispuesto una ampliación de beneficios orientada a mejorar la calidad de vida de los afiliados, incluyendo nuevas coberturas como tratamientos para condiciones específicas como la **gigantomastia y ginecomastia, acceso a antiretrovirales para personas con VIH, atención integral para la tuberculosis, y la incorporación de medicamentos esenciales a través del Cuadro Básico**, garantizando así una respuesta más inclusiva, equitativa y eficaz a las necesidades de salud de la población.



CONSIDERANDO 32: Que, con el propósito de fortalecer la equidad, eficiencia y sostenibilidad del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), se ha identificado que el modelo actual de per cápita único no refleja de manera equitativa la distribución de riesgo entre los afiliados, por lo que, en cumplimiento de la Resolución del CNSS No. 563-01 del 26 de enero del 2023 y en virtud de la Ley No. 87-01, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) fue instruida a desarrollar estudios técnicos y actuariales para proponer un modelo de per cápita ajustado por riesgo, considerando variables como la edad y el sexo, que permitan asignar recursos conforme a las necesidades reales de salud de la población afiliada.

CONSIDERANDO 33: Que, en cumplimiento del mandato dado por el CNSS a la SISALRIL, esta presentó un informe técnico-actuarial en el que se sustenta la viabilidad de establecer un esquema de financiamiento basado en el perfil de riesgo de los afiliados, utilizando variables actuarialmente relevantes, documentadas y demostrables, como la edad y el sexo, con el objetivo de mejorar la equidad y sostenibilidad del sistema a los fines de asegurar que aquellas poblaciones que requieran mayores gastos en servicios de salud puedan contar con los fondos suficientes para financiar los servicios que reciben del sistema.

CONSIDERANDO 34: Que, en aras de fortalecer los principios de integralidad, universalidad, equidad y sostenibilidad del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), se hace necesario adoptar un modelo de asignación financiera ajustado por riesgo, que corrija las distorsiones estructurales derivadas del per cápita único, permitiendo una distribución más racional y justa de los recursos, y asegurando una mayor capacidad de respuesta de las Administradoras de Riesgos de Salud, mediante decisiones técnicas basadas en evidencia y orientadas a la sostenibilidad del Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud.

CONSIDERANDO 35: Que el establecimiento de un per cápita diferenciado no impone nuevas obligaciones a los ciudadanos ni restringe derechos adquiridos, sino que constituye una medida de redistribución técnica de recursos entre Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), basada en criterios técnicos y objetivos de riesgo, lo cual permite una mayor equidad interinstitucional y mejor redistribución de los recursos.

CONSIDERANDO 36: Que durante la emergencia sanitaria provocada por la pandemia de la Covid-19, se implementó, de manera transitoria, un esquema de per cápita ajustado por riesgo en el Régimen Contributivo a las Administradoras de Riesgos de Salud, basado en variables como edad y sexo, cuya aplicación demostró viabilidad técnica, operativa, legal y financiera, constituyendo un precedente empírico de una medida pertinente y que estuvo amparada en análisis actuariales elaborados por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

CONSIDERANDO 37: Que el **Principio de Proporcionalidad**, como manifestación del deber de razonabilidad que rige la actuación Administrativa, exige que toda medida adoptada por la Administración Pública sea idónea para alcanzar un fin legítimo, necesario con relación a otras alternativas posibles, y equilibrada respecto del impacto que produce, conforme a los principios establecidos en la Ley núm. 107-13 sobre los Derechos de las Personas en sus Relaciones con la Administración Pública.

CONSIDERANDO 38: Que el **Principio de Equidad**, como dimensión sustantiva del derecho a la igualdad, exige que las diferencias reales entre los individuos sean consideradas en el diseño de políticas públicas, de forma que la igualdad formal se traduzca en resultados materiales justos, conforme a los estándares constitucionales y los principios del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

CONSIDERANDO 39: Que la proporcionalidad de la presente decisión se justifica en tanto responde a una necesidad técnica impostergable, evitando mayores perjuicios al equilibrio financiero del Sistema y asegurando una distribución más justa, racional y eficiente de los recursos disponibles, lo que resulta imprescindible para hacer efectivo el Derecho a la Seguridad Social, conforme a los principios constitucionales y legales que rigen el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

CONSIDERANDO 40: Que el **Principio de Seguridad Jurídica**, conforme a lo establecido en la Ley núm. 107-13, plantea que las decisiones deben sustentarse en competencias legalmente reconocidas, mandatos previos del Consejo Nacional de Seguridad Social y análisis técnicos actuariales verificables, lo que asegura previsibilidad normativa.

CONSIDERANDO 41: Que el artículo 25 de la Ley núm. 200-04 General de Libre Acceso a la Información Pública, permite exceptuar de publicación previa aquellos actos administrativos cuya divulgación anticipada pueda inducir a desinformación o confusión general en la población, situación que puede presentarse cuando se trata de medidas de alta complejidad técnica, como las que implican la redistribución de recursos dentro de un sistema

financiero especializado como el sistema de pago por capitación del Seguro Familiar de Salud.

CONSIDERANDO 42: Que la adopción de un modelo de per cápita diferenciado por perfil de riesgo responde a una medida técnicamente compleja, cuyo contexto entre entidades del Sistema exige conocimientos especializados en financiamiento sanitario, análisis de riesgo y sostenibilidad financiera, por lo que, su difusión anticipada sin el debido proceso pudiera inducir a desinformación, interpretaciones erróneas, alarmas infundadas o una percepción distorsionada de sus efectos, especialmente al no implicar cambios en derechos o condiciones de cobertura de los afiliados.

CONSIDERANDO 43: Que a tales efectos, la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)** llevó a cabo jornadas de socialización públicas abiertas y otras por invitación, sobre su propuesta de per cápita diferenciado por riesgo con los diferentes actores del Sistema, públicos y privados, y en especial con las Administradoras de Riesgos de Salud, las cuales tuvieron acceso oportuno a las notas técnicas, informes, presentaciones y estudios actuariales que sustentan técnicamente la propuesta.

CONSIDERANDO 44: Que, asimismo, el **Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)** realizó jornadas de discusión técnica con los diferentes actores del Sistema, públicos y privados, incluidas las Administradoras de Riesgos de Salud, a las que se compartió los informes actuariales elaborados por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales y a quienes se les otorgó un plazo para presentar observaciones, comentarios y recomendaciones a la propuesta planteada.

CONSIDERANDO 45: Que, una vez agotado el plazo otorgado por el **Consejo Nacional de Seguridad Social** a los diferentes actores interesados, públicos y privados, para presentar observaciones, comentarios y recomendaciones a la propuesta de per cápita diferenciado por sexo y edad, la **Comisión Permanente de Presupuesto, Finanzas e Inversiones del Consejo Nacional de Seguridad Social**, estudió y revisó las propuestas recibidas, a fines de ponderar las mismas.

CONSIDERANDO 46: Que como resultado de los análisis y proyecciones técnicas realizadas a la propuesta planteada de per cápita diferenciado por riesgo de sexo y edad, la implementación de un modelo de per cápita diferenciado por riesgo generaría un crecimiento en la **Cuenta Cuidado de la Salud de las Personas**, abriendo una oportunidad auténtica de ampliación de coberturas que no dependan de factores tradicionales de financiamiento, considerando la limitación de los recursos disponibles, pudiendo avanzar de forma sostenible a una cobertura en salud oportuna, integral y más justa, alineada con los principios en los cuales se fundamenta el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

CONSIDERANDO 47: Que, en el marco de las proyecciones técnicas realizadas para fortalecer la sostenibilidad financiera del **Fondo de la Cuenta de Cuidado de la Salud de las Personas, la Tesorería de la Seguridad Social (TSS)** presentó una simulación del impacto económico de implementar un esquema de cápita diferenciada por grupo etario y factores de riesgo, en sustitución del modelo actual de cápita fija. Dicha simulación arrojó resultados que evidencian una mejora significativa en la eficiencia del uso de los recursos del Sistema. Estos hallazgos, sustentados en la evolución histórica del comportamiento poblacional del Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Contributivo, así como, en el análisis del recaudo y su estacionalidad, evidencian la necesidad de adoptar el modelo de cápita diferenciada como mecanismo para garantizar la equidad distributiva, la consistencia metodológica y la sostenibilidad financiera del sistema.

CONSIDERANDO 48: Que, conforme al artículo 138, numeral 2 de la Constitución y a las disposiciones de las Leyes núm. 87-01, 107-13 y 200-04, el procedimiento de adopción de la presente resolución se ajusta a los principios de legalidad, razonabilidad, buena administración y servicio efectivo.

CONSIDERANDO 49: Que, contra las decisiones emanadas por la Administración Pública se podrá interponer el Recurso Contencioso Administrativo ante el Tribunal Superior Administrativo en el plazo de treinta (30) días hábiles y francos, conforme a lo dispuesto en la Ley No. 13-07, que crea el Tribunal Contencioso Tributario y Administrativo y en la Ley núm. 107-13, sobre los Derechos de las Personas en sus Relaciones con la Administración y de Procedimiento Administrativo.

CONSIDERANDO 50: Que, de acuerdo con el análisis realizado durante las reuniones con los miembros de la **Comisión Permanente de Presupuesto, Finanzas e Inversiones**, se determinó que, en lo relativo al **Régimen Subsidiado** administrado por la **ARS SeNaSa**, en cuanto a los beneficios aprobados en la presente resolución se analizará para el año 2026, luego de agotar el proceso correspondiente.



CONSIDERANDO 51: 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 52: 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, de acuerdo con lo establecido en el artículo 22, de la Ley 87-01.

VISTAS: La Constitución de la República, la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, sus modificaciones y sus normas complementarias, la Resolución del CNSS No. 563-01, la Resolución del CNSS No. 581-03, los informes técnicos de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) remitidos y expuestos en el CNSS y el Modelo de Proyección sobre la Suficiencia Financiera presentado por la Tesorería de la Seguridad Social (TSS).

El **Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)**, en apego a las atribuciones y funciones que le confiere la Ley 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, al igual que en la **Resolución del CNSS No. 581-03, d/f 14/12/2023**, el cálculo de la revisión del costo per cápita del PBS/PDSS del Régimen Contributivo para el aumento de cápita por inflación, se realice en función del ajuste por inflación del promedio obtenido entre el IPC General y el 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) y conforme a los acuerdos arribados se reconocerá por el período comprendido **desde el mes de abril del 2023 hasta el mes de marzo del 2025 (Inclusive)**.

SEGUNDO: APROBAR la suma de **Doscientos Cuatro Pesos Dominicanos con 32/100 (RD\$204.32)** de incremento del costo per cápita del **Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Contributivo**, para incorporar en el **Catálogo de Prestaciones del PBS/PDSS** los siguientes servicios, en beneficios de los afiliados del SDSS, en virtud de las notas técnicas y esquemas de costeo sometidos por la **SISALRIL** al **CNSS**, a saber:

Rubro	Per cápita mensual	ARS	Fondo
Total	204.32	199.27	5.05
Aumento a las ARS por concepto de indexación desde abril - 2023 hasta marzo 2025 (Inclusive)	142.08	142.08	0
Aumento de RD\$250 a las tarifas por consultas ambulatorias, incluyendo consultas psicológicas, psiquiátricas y odontológicas	44.71	44.71	0
Ampliación de beneficios	17.53	12.48	5.05

PÁRRAGO. El aumento por concepto de ampliación de beneficios a favor de los afiliados del SDSS se detalla a continuación:

Concepto	Per cápita mensual con gastos administrativos	ARS	Fondo
Coberturas	17.53	12.48	5.05
Gigantomastia y ginecomastia	2.19	2.19	0
Antirretrovirales (ARV) para VIH	3.56	0	3.56
Tratamiento integral de la Tuberculosis	5.61	4.12	1.49
Cuadro Básico de Medicamentos	6.17	6.17	0

TERCERO: ESTABLECER el per cápita mensual del Seguro Familiar de Salud (SFS) del Régimen Contributivo con cargo a la Cuenta del Cuidado de la Salud de las Personas en **MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS DOMINICANOS CON 54/100 (RD\$1,887.54)**, de los cuales se instruye a la **Tesorería de la Seguridad Social (TSS)** a dispersar **Mil Ochocientos Ochenta y Dos Pesos con 49/100 (RD\$1,882.49)** a las **ARS y Cinco Pesos con 05/100 (RD\$5.05)** se dispersarán al Fondo Especial para Programas Prioritarios de Salud Pública, efectivo a partir de la dispersión del mes de noviembre del año 2025. En el caso de los dependientes adicionales, el incremento será reflejado a partir de las Notificaciones de Pago de la Tesorería de la Seguridad Social del mes de noviembre del 2025 y recibirán los nuevos beneficios descritos en la presente resolución a partir del mes de diciembre del 2025.

PÁRRATO: Se autoriza a la TSS al pago del completivo correspondiente a la indexación al mes de octubre 2025.

CUARTO: INSTRUIR a la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)**, a garantizar la coordinación entre las **Administradoras de Riesgos de Salud (ARS)** y su Red de **Prestadores de Servicios de Salud (PSS)**, conforme a la Ley No. 87-01 y a la normativa de contratos de gestión.

QUINTO: APROBAR la inclusión de nuevas coberturas en beneficio de la población afiliada al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), con efectividad a partir del 1ro. de noviembre del 2025, consistentes en: la **cobertura de gigantomastia en mujeres y mamoplastia por hipertrofia mamaria en casos de ginecomastia en hombres**, con un per cápita de RD\$2.19, incluyendo gastos administrativos; la **ampliación del listado de medicamentos ambulatorios, incluyendo cuarenta medicamentos**, conforme a la actualización del Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales; y la incorporación de **procedimientos diagnósticos para el control de la tuberculosis**, según lo establecido en la presente resolución.

SEXTO: INSTRUIR a la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)**, a incluir en el Grupo 7 (Cirugía) del Catálogo de Prestaciones del PDSS los siguientes procedimientos:

- a) Mamoplastia de Reducción por Gigantomastia.
- b) Mamoplastia de Reducción por Hipertrofia Mamaria Sintomática.
- c) Mamoplastia de Reducción por Ginecomastia.

SÉPTIMO: INSTRUIR a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) a cubrir la Mamoplastia por diagnóstico de Hipertrofia Mamaria a través del Grupo 7 (Cirugía), con cobertura de 90% y una cuota moderadora variable de 10%, con tope de un salario mínimo cotizable, bajo las siguientes denominaciones:

- a) Mamoplastia de Reducción por Gigantomastia.
- b) Mamoplastia de Reducción por Hipertrofia Mamaria Sintomática.
- c) Mamoplastia de Reducción por Ginecomastia.

OCTAVO: RECONOCER la cobertura de la Mamoplastia de Reducción por Gigantomastia en la mujer cuando se cumplan algunas de las siguientes condiciones y dos o más síntomas relacionados con el tamaño de la mama:

1. Hipertrofia Mamaria sintomática o Gigantomastia en afiliadas con edades entre los 15 a los 65 años.
2. Mujeres con Hipertrofias Severas (800-1499 gramos/mama) que presenten signos y/ síntomas asociados al tamaño de la mama tales como: dolor crónico, desviación de la columna vertebral, surco e irritación cutánea, entre otros.
3. Mujeres con Gigantomastia, mamas con peso igual o mayor a 1500 gramos/mama.
4. Mujeres cuyo índice de masa corporal esté por debajo de 35%.
5. Para fines de autorización, el historial médico de la paciente debe contener:
 - a) Cálculo con la fórmula del peso y medidas de ambas mamas.
 - b) Reporte de las evaluaciones médicas realizadas por los demás especialistas que intervienen, a citar, Fisiatra, Ortopeda, Neurocirujano o cualquier otro que certifique desviación de columna, dolor, irritación cutánea, surco marcado del sostén, como parte de los signos y síntomas para el objeto de cobertura.

NOVENO: RECONOCER la cobertura de Mamoplastia de Reducción por Ginecomastia en el hombre cuando se cumplan las siguientes condiciones:

1. Varones con ginecomastia con edades comprendidas desde los 16 años y hasta los 30 años.
2. Ginecomastia grado III (Severa) y grado IV (Extrema).
3. Disponer de reporte de las evaluaciones médicas que certifique el daño o impacto psicológico asociado a esta condición.

Continúa en la página siguiente



4. Para fines de autorización, el historial médico del paciente debe contener:
- Cálculo con la fórmula del peso y medidas de ambas mamas.
 - Reporte de las evaluaciones médicas realizadas por los demás especialistas que intervienen, a citar Fisiatra, ortopeda, Neurocirujano o cualquier otro que certifique desviación de columna, dolor, irritación cutánea, como parte de los signos y síntomas para objeto de cobertura.

DÉCIMO: INSTRUIR a las **Administradoras de Riesgos de Salud (ARS)** a cubrir las consultas médicas y de psicología, estudios de preparación, gastos de cirugía, anestesia, honorarios médicos del cirujano principal y ayudantes, honorarios de anestesiología, así como, el seguimiento a 30 días en casos de Mamoplastia de Reducción por Gigantomastia, Mamoplastia de Reducción por Hipertrofia Mamaria Sintomática y Mamoplastia de Reducción por Ginecomastia.

PÁRRAGO I: Queda establecido que las curas y los desbridamientos asociados a complicaciones quirúrgicas deberán ser garantizados a través del Seguro Familiar de Salud (SFS) en función de los procedimientos disponibles actualmente en el PDSS.

PÁRRAGO II: La población afiliada menor de edad con criterios de elegibilidad para una Mamoplastia de Reducción por Ginecomastia o Gigantomastia deben contar con un consentimiento informado firmado por el padre/madre o tutor legal.

PÁRRAGO III: En los casos de mujeres que han debido ser operadas a temprana edad por concepto de Gigantomastia, y requieran nueva cirugía por reaparición de la condición de salud, se financiaría de manera justificada hasta tres (3) mamoplastias de reducción con intervalos de 5 años entre cada una.

PÁRRAGO IV: En el hombre no aplicará financiamiento por reintervención por Ginecomastia.

PÁRRAGO V: Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) deberán establecer la Red de Prestadoras de Servicios de Salud a través de las cuales reconocerán el otorgamiento de las nuevas coberturas dispuestas en la presente resolución.

DÉCIMO PRIMERO: APROBAR la **Lista de Cuarenta (40) nuevos medicamentos** incluidos en la ampliación de beneficios de los afiliados del SDSS que responden a la actualización del Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales 2024, con un per cápita de Seis Pesos con 17/100 (RD\$6.17) para garantizar su cobertura.

DÉCIMO SEGUNDO: INSTRUIR a la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)** a la actualización del Catálogo de Prestaciones del PDSS con las nuevas coberturas y medicamentos aprobados mediante la presente resolución.

DÉCIMO TERCERO: APROBAR la inclusión en el Grupo 12.3. de **Medicamentos de Programas Especiales de Salud Pública** para el **tratamiento de VIH y Tuberculosis** de los siguientes medicamentos, apegados a la actualización el CBME 2024:

NO	ATC	MEDICAMENTOS INCLUIDOS	GRUPO/ACCIÓN TERAPÉUTICA
1	P01BF01	ARTEMETER + LUMEFANTRINA	ANTIMALARICO
2	P01BE03	ARTESUNATO	ANTIPALUDICO
3	J04AK05	BEDAQUILINA	TB
4	J05AR20	Bictegravir + Emtricitabina + Tenofovir Alafenamide (TAF)	VIH
5	J04AK06	DELAMANID	TB
6	J05AJ03	DOLUTEGRAVIR	VIH
7	No posee ATC (revisado en ATC/CDD Index y el en nuevo CBME)	DOLUTEGRAVIR + EMTRICITABINA + TENOFOVIR ALAFENAMIDE (TAF)	VIH
8	J05AR27	DOLUTEGRAVIR + TENOFOVIR +LAMIVUDINA	VIH
9	J04AM07	ETAMBUTOL + ISONIAZIDA + RIFAMPICINA	TB
10	J04AC51	ISONIAZIDA + RIFAPENTINA	TB
11	P01BC02	MEFLOQUINA CLORHIDRATO	ANTIMALARICO
12	J04AK08	PRETOMANID	TB
13	J04AB05	RIFAPENTINA	TB
14	J05AR11	TENOFOVIR + LAMIVUDINA + EFAVIRENZ	VIH

Fuente: Elaboración SISALRIL con base en el CBME 2024

PÁRRAGO. Los medicamentos asociados con los **Programas Especiales de Salud Pública** estarán apegados al protocolo de atención establecido por el **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)**, de manera particular los correspondientes al tratamiento de los pacientes con VIH, Tuberculosis u otras condiciones de salud establecidos mediante programas especiales.

DÉCIMO CUARTO: INSTRUIR a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales a incluir en el Grupo 12, subgrupo 12.1, los siguientes medicamentos con cobertura 70/30 hasta el límite de Doce Mil Pesos (RD\$12,000.00) anuales:

NO	ATC	MEDICAMENTOS INCLUIDOS	GRUPO/ACCIÓN TERAPÉUTICA
1	B01AF02	APIXABAN	AGENTE ANTITROMBOTICO
2	C10AA05	ATORVASTATINA	AGENTES MODIFICADORES DE LOS LIPIDOS
3	P01BB51	ATOVACUONA + PROGUANIL	ANTIPROTOZOARIO
4	G02CB03	CABERGOLINA	ANTIPARKINSONIANOS
5	J01XB01	COLISTINA	ANTIBACTERIANO
6	A10BK01	DAPAGLIFLOZIN	ISGLT2
7	N06AX21	DULOXETINA	ANTIDEPRESIVO
8	A10BK03	EMPAGLIFLOZINA	ISGLT2
9	A10BB12	GLIMEPIRIDA	SULFONILUREAS
10	A10AD06	INSULINA ASPART	INSULINA
11	A10AE06	INSULINA DEGLUDEC	INSULINA
12	A10AE04	INSULINA GLARGINE	INSULINA
13	N03AX14	LEVETIRACETAM	ANTICONVULSIVANTE
14	A10BJ02	LIRAGLUTIDA	GLP 1
15	N06BA04	METILFENIDATO CLORHIDRATO	PSICOESTIMULANTE
16	J01MA14	MOXIFLOXACINA	ANTIINFECIOSO
17	G03AA05	NORETISTERONA Y VALERATO DE ESTRADIOL	ANTICONCEPTIVO DE USO INTRAMUSCULAR
18	G03AD02	ACETATO DE ULIPRISTAL	Anticonceptivo de emergencia
19	C09DB04	TELMISARTAN + AMLODIPINA	HTA
20	C09DA07	TELMISARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA	HTA

DÉCIMO QUINTO: APROBAR la suma de **Un Peso con 49/100 (RD\$1.49)** con gastos administrativos para garantizar la **cobertura de medicamentos para el control de la Tuberculosis**, y la suma de **TRES PESOS CON 56/100 (RD\$3.56)** con gastos administrativos para garantizar la cobertura de **medicamentos antirretrovirales para el tratamiento del VIH y de Hepatitis B**. Dichos recursos serán transferidos mensualmente al Fondo Especial para Programas Prioritarios de Salud Pública.

DÉCIMO SEXTO: INSTRUIR a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) a crear el **Fondo Especial para Programas Prioritarios de Salud Pública (FONSAP)** para la gestión de las compras de medicamentos para el tratamiento de la Tuberculosis, VIH y Hepatitis B. Dicho fondo se alimentará de un monto mensual por población afiliada de **CINCO PESOS CON 05/100 (RD\$5.05)**.

DÉCIMO SÉPTIMO: INSTRUIR a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) a incluir en el Subgrupo 12.3 de Programas Especiales de Salud Pública, los siguientes medicamentos:

MEDICAMENTOS	ATC	Grupo
Ac. Paraminosalicílico	J04AA01	Medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis
Imipenem/cilastatina	J01DH51	Carbapénémicos
Moxifloxacino	J01MA14	Fluoroquinolonas
Protonamida	J04AD01	Medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis
Rifapentina		Medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis
Atovacuona + Proguanil	P01BB51	Antiprotozoario

Continúa en la página siguiente

DÉCIMO OCTAVO: Queda establecido que el Fondo Especial para Programas Prioritarios de Salud Pública (FONSAP) para la gestión de las compras de medicamentos para el tratamiento de la Tuberculosis, VIH y Hepatitis B deberá adoptar mecanismos especiales de negociación y compra para su financiamiento, sustentado en los siguientes principios:

1. **Cofinanciamiento.** Aportes del gobierno dominicano para la población no afiliada, y del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) para la población afiliada al Seguro Familiar de Salud (SFS) según pertenezcan a los regímenes subsidiado, contributivo y planes de pensionados y jubilados.
2. **Compra conjunta internacional.** La Tesorería de la Seguridad Social (TSS) trasferirá mensualmente el valor per cápita correspondiente para la compra de los medicamentos y especializará en el FONSAP, con un año de anticipación, para asegurar la compra conjunta vía mecanismos internacionales.

DÉCIMO NOVENO: INSTRUIR a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) a transferir anualmente los recursos especializados a través del Fondo Especial para Programas Prioritarios de Salud Pública (FONSAP), al Ministerio de Salud Pública para la compra conjunta de los medicamentos antirretrovirales y para el control de la Tuberculosis y la Hepatitis B.

VIGÉSIMO: INSTRUIR a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) a garantizar la cobertura integral del diagnóstico y seguimiento de la Tuberculosis, según los esquemas de uso establecidos por el protocolo de atención, y según su disponibilidad de servicios en el Catálogo de Prestaciones, con cobertura ilimitada, mediante los mecanismos actuales de financiamiento, autorización, y pago de los servicios dentro del Seguro Familiar de Salud (SFS), incluyendo servicios de hospitalización, cirugías y Unidad de Cuidados Intensivos, con cargo a los grupos correspondientes.

VIGÉSIMO PRIMERO: INSTRUIR a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) a incluir en el Catálogo de Prestaciones del PDSS las coberturas debajo listadas, según las coberturas que correspondan a cada grupo:

NO.	DESCRIPCIÓN COBERTURA	TIPO COBERTURA	Grupo	Cobertura
1	Consulta domiciliaria de psicología	Consultas	Grupo 1.11	100%
2	Prueba de cultivo en medio líquido (MGIT) con prueba de sensibilidad a drogas de 2da línea	Laboratorio	Grupo 1.11	100%
3	Prueba molecular diagnóstico de TB	Laboratorio	Grupo 1.11	100%
4	Prueba molecular para determinar resistencia a medicamentos de 2da línea	Laboratorio	Grupo 1.11	100%
5	Puerto para vía central/periférico (aguja para puerto)	Cirugía	Grupo 7	90%/10%

VIGÉSIMO SEGUNDO: INSTRUIR a las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) a contratar y pagar a la Red de Prestadoras de Servicios de Salud precalificados, habilitados y recomendados por el Ministerio de Salud Pública para ofertar la atención, conforme las normas de los Programas Nacionales de VIH, Tuberculosis y Hepatitis B, garantizando la confidencialidad de los afiliados.

PÁRRFO I. La dispensación de medicamentos para tratamiento del VIH, Tuberculosis y Hepatitis B será realizada a través de la Red de Prestadores de Servicios de Salud definida por el Ministerio de Salud Pública, debiendo establecer el protocolo de autorización y dispensación de dichos medicamentos por el programa del MSP.

PÁRRFO II. Los Prestadores de Servicios de Salud deberán registrar y reportar las informaciones requeridas en los sistemas de información correspondientes que sean solicitados e instruidos por el Ministerio de Salud Pública y la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, los cuales asegurarán los datos epidemiológicos, monitoreo de consumo y disponibilidad de medicamentos e insumos y la facturación de servicios (pruebas y consultas).

VIGÉSIMO TERCERO: INSTRUIR a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) a establecer un mecanismo de monitoreo y seguimiento para asegurar la cobertura efectiva y cofinanciamiento de los medicamentos antirretrovirales para el tratamiento del VIH, el control de la Tuberculosis y Hepatitis B, en coordinación con el Sistema Nacional de Salud y el Ministerio de Salud Pública.

VIGÉSIMO CUARTO: DISPONER que en el primer año de operación del Fondo Especial para Programas Prioritarios de Salud Pública (FONSAP) el Ministerio de Salud Pública colocará los fondos para la totalidad de compra anual de medicamentos para la población afiliada y no afiliada, por un período de 21 meses (12 meses de consumo más 9 meses de stock de seguridad). En los años siguientes el modelo actuará como fondo de auto reposición, en el que la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) recaudará los recursos mensuales y dispersará el total al Ministerio de Salud Pública para la compra anual, mediante una factura que el Ministerio de Salud Pública deberá presentar a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS).

VIGÉSIMO QUINTO: APROBAR la ampliación del per cápita del Régimen Contributivo en CUARENTA Y CUATRO PESOS CON 71/100 (RD\$44.71) para aumentar los **honorarios médicos** por concepto de consulta, de **QUINIENTOS PESOS CON 00/100 (RD\$500.00)** a **SETECIENTOS CINCUENTA PESOS CON 00/100 (RD\$750.00)**, incluyendo las consultas odontológicas, psiquiátricas y de psicología.

VIGÉSIMO SEXTO: INSTRUIR a la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)** a diseñar y proponer ante el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), en un plazo de **tres (3) meses**, a partir de la emisión de la presente resolución, una propuesta de estructuración y creación de un Fondo para Medicamentos de Alto Costo. La propuesta a ser presentada deberá contener el costeo, inicialmente con medicamentos priorizados por el Ministerio de Salud Pública y mecanismos esenciales para su funcionamiento e implementación.

VIGÉSIMO SÉPTIMO: INSTRUIR a la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)** a diseñar y proponer ante el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), en un plazo de tres (3) meses, a partir de la emisión de la presente resolución, un mecanismo para la contención de costos en medicamentos ambulatorios, mediante el establecimiento de precios tope de cobertura, prescripción y dispensación de genéricos y biosimilares, que tengan el aval de la FDA y/o EMA.

VIGÉSIMO OCTAVO: APROBAR la propuesta de “**Cápita Diferenciado por Grupo Etario y Factores de Riesgo en el Seguro Familiar de Salud en el Régimen Contributivo**”, presentada por la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)**, en fecha 5 de junio del año dos mil veinticinco (2025), que plantea lo siguiente:

“PROPIUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PER CÁPITA POR RIESGO EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SEGURO FAMILIAR DE SALUD”

La implementación de un per cápita diferenciado por riesgo en el Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud representa un avance significativo hacia una mayor equidad y sostenibilidad del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

Con la aprobación de esta metodología se busca alinear el financiamiento con las características demográficas y epidemiológicas de la población afiliada a cada ARS (Administradora de Riesgos de Salud), promoviendo una distribución más justa y eficiente de los recursos.

Dentro de la propuesta, se toma como premisa que la población cotizante titular de su núcleo familiar que cubre el per cápita de sus dependientes adicionales se mantenga fijo, es decir, aporten RD\$1,887.54 por dependiente adicional sin importar sexo y edad.

El valor per cápita mensual en el Régimen Contributivo a partir de la dispersión del mes de noviembre del 2025 se establece en RD\$1,887.54 cuya composición es la siguiente: Se dispersan RD\$1,882.49 a las ARS y RD\$5.05 al Fondo de Programas de Salud Pública.

A partir de la dispersión de noviembre 2025 la dispersión para las ARS será de RD\$1,882.49. El per cápita de riesgo base será de RD\$1,694.24 y se mantendrá el 10% de gasto administrativo, siendo de RD\$188.25.

OBJETIVO CENTRAL: Contribuir a la eficiencia financiera del seguro familiar de salud y a un sistema de salud más humano, equitativo y alineado con estándares globales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Ajustar el financiamiento para gestionar la salud según el perfil de la cartera de afiliación de cada ARS para hacer frente a la distorsión generada en la composición de la cartera de afiliación.
2. Optimizar la inversión en salud, vinculando recursos a factores de riesgo comprobados.



CÁLCULO DE PER CÁPITA AJUSTADOS

Para la estimación del per cápita ajustado por sexo y edad, se utilizó la información que envían las Administradoras de Riesgos de Salud a la SISALRIL sobre la utilización de las coberturas de salud del Plan Básico de Salud por parte de la población afiliada con cobertura en el año 2024 y el monto incurrido asociado.

Con esta información se calcularon, de acuerdo con la metodología descrita, en el apartado “LA METODOLOGÍA DE ESTIMACIÓN DEL VALOR PER CÁPITA”.

La diferencia radica en agrupar la frecuencia de utilización y el valor asociado a las coberturas utilizadas por grupos de edad y sexo, y dividir la siniestralidad entre la población total de ese grupo de edad y sexo específico. Con lo cual se obtuvo un per cápita ajustado por riesgo (PCA) por grupo de edad y sexo.

Los factores de riesgos individual, FARIND se obtuvieron al dividir los Per cápita ajustados por riesgo por grupo de edad y sexo entre el per cápita único.

Fórmula de Ajuste por Riesgo

El valor del per cápita ajustado (**PCA**) se calcula mediante la siguiente fórmula:

$$\text{PCA} = \text{PC} \times \text{FARIND}$$

Donde:

PCA: Per cápita ajustado por riesgo.

PC: Per cápita de riesgo base (El 90% del per cápita único aprobado).

FARIND: Factor de ajuste por riesgo individual, que considera edad y sexo.

Componentes del Factor de Ajuste por Riesgo (FARIND)

Edad:

- Los grupos de edad involucrados son: 0,1-5, 6-11,12-14,15-18,19-29, 30-49,50-64,65 y más.
- Estos grupos responden a momentos de atención, visualización de perfiles de utilización acorde con el perfil epidemiológico.

Sexo:

- Diferenciación basada en necesidades específicas de hombres y mujeres (ejemplo: mujeres en edad reproductiva pueden tener un FARIND más alto por atención asociada a embarazos).

Para definir los factores de ajuste por riesgo (**FARIND**), se siguieron los siguientes pasos:

1. Agrupación de Gastos Médicos:

Se clasificaron los gastos médicos incurridos en 2024 por las ARS del Régimen Contributivo según grupos etarios y sexo.

2. Cálculo del Per Cápita por Grupo:

Para cada combinación de edad y sexo, se calculó el per cápita específico.

3. Cálculo de Ponderadores:

Los ponderadores se obtuvieron dividiendo el per cápita de cada grupo entre el per cápita observado.

ESTRUCTURA DEL MODELO

El modelo se sustenta en los **Factores de Ajuste por Riesgo (FARIND)**, calculados a partir de los patrones históricos de la utilización y del monto relacionado, asociados a cada grupo poblacional.

Estos factores, (Cuadro No. 6), permiten ajustar el per cápita base de riesgo por afiliado por mes y se aplican al per cápita de riesgo base, que a partir de noviembre 2025 es de **RD\$1,694.24 y se mantiene el 10% del per cápita fijo RD\$188.25**, para Gastos Administrativos.

Cuadro 1. República Dominicana: Seguro Familiar de Salud. Régimen Contributivo. Factor de ajuste estimado por edad y sexo. 2024.

Grupos de Edad	Mujeres	Hombres
0	0.77	0.91
1-5	0.63	0.76
6-11	0.38	0.42
12-14	0.31	0.34
15-18	0.42	0.33
19-29	1.07	0.37
30-49	1.36	0.62
50-64	1.94	1.41
65 y Más	3.10	3.29

Fuente: SISALRIL. A partir del esquema 7 y de las bases de datos TSS-UNIPAGO. Mayo 2025.

El Cuadro No. 2, se muestra el per cápita distribuido por edad y sexo, resultado de aplicar los factores de ajuste (Cuadro No. 7) al per cápita de riesgo (**RD\$1,694.24**). Estos valores reflejan una asignación diferenciada que prioriza grupos de mayor riesgo, como adultos mayores y mujeres en edad reproductiva.

Cuadro 2. República Dominicana: Seguro Familiar de Salud. Régimen Contributivo. Per cápita por Riesgo Salud por edad y sexo.

Grupos de Edad	Mujeres	Hombres
0	1,304.57	1,541.76
1-5	1,067.37	1,287.62
6-11	643.81	711.58
12-14	525.21	576.04
15-18	711.58	559.10
19-29	1,812.84	626.87
30-49	2,304.17	1,050.43
50-64	3,286.83	2,388.88
65 y Más	5,252.15	5,574.05

IMPACTO ESPERADO

El modelo diferenciado reasigna los recursos existentes para priorizar grupos vulnerables.

CLAVES DEL MODELO

1. Objetivo: Mejorar equidad sin aumentar la carga financiera a la cuenta cuidado de la Salud de las personas y el valor del recaudo.

2. Se mantiene el valor de la Dispersión.

3. Sostenibilidad financiera: El modelo busca optimizar el uso de los recursos actuales, evitando incrementos presupuestarios que afecten la viabilidad del sistema.

4. Enfoque en redistribución: Los fondos se asignan a cada ARS de acuerdo con su perfil de cartera de afiliación”.

VIGÉSIMO NOVENO: OTORGAR un plazo de hasta **seis (6) meses**, contados a partir de la aprobación de la presente resolución, a la **Tesorería de la Seguridad Social (TSS)** para la implementación de los controles y ajustes necesarios en el SUIR y en la plataforma administrada por UNIPAGO, así como, las políticas internas necesarias, para dar cumplimiento a la implementación del **Cápita Diferenciado por Grupo Etario y Factores de Riesgo en el Seguro Familiar de Salud en el Régimen Contributivo**.

TRIGÉSIMO: INSTRUIR a la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)** a emitir las normativas e instrucciones que sean necesarias para el monitoreo y seguimiento de la implementación efectiva de la metodología del **Cápita Diferenciado por Grupo Etario y Factores de Riesgo en el Seguro Familiar de Salud en el Régimen Contributivo** y establecer el trabajo conjunto que se requiera con la Tesorería de la Seguridad Social (TSS).

TRIGÉSIMO PRIMERO: INSTRUIR al Tesorero de la **Tesorería de la Seguridad Social (TSS)** a elaborar y presentar un informe al **CNSS** trimestralmente sobre la ejecución del Plan de Trabajo y cronograma de ejecución de la implementación y dispersión del cápita diferenciado por grupo etario en el Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, en su plataforma tecnológica a partir de la aprobación de esta resolución.

TRIGÉSIMO SEGUNDO: INSTRUIR, a partir de la dispersión del mes de mayo del 2026, la aplicación del per cápita por riesgo, debiendo la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) notificar el valor de dispersión de la población afiliada a cada Administradora de Riesgos de Salud (ARS).

TRIGÉSIMO TERCERO: INSTRUIR a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) a emitir las normativas e instrucciones que sean necesarias para el monitoreo y seguimiento para la implementación efectiva de la metodología del **Cápita Diferenciado por Grupo Etario y Factores de Riesgo en el Seguro Familiar de Salud en el Régimen Contributivo**.

TRIGÉSIMO CUARTO: 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.

TRIGÉSIMO QUINTO: INSTRUIR a la **Gerente General del CNSS** a notificar la presente resolución al **Ministerio de Trabajo**, a todas las **ARS, ADARS, ADIMARS**, a las **PSS, Fundación Vargas Almonte (FUNVA), CMD, Senado de la República, SISALRIL, TSS, DIDA y a las demás entidades del SDSS**, para los fines de su cumplimiento; así como, a publicarla en un periódico de circulación nacional.

Consejo Nacional de Seguridad Social

“Torre de la Seguridad Social Presidente Antonio Guzmán Fernández”, Avenida Tiradentes No.33, Ensanche Naco, Santo Domingo, República Dominicana.
Teléfonos: 809-472-8701 | www.cnss.gob.do | @cnss

