CNSS
CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

SESIÓN ORDINARIA DEL CNSS No. 641
30 de julio de 2026, 9:00 a.m.

Resolución No. 641-01: Se aprueba el Acta de la Sesión Ordinaria del CNSS No. 640, de fecha 16 de julio de 2026, con las observaciones realizadas.

Resolución No. 641-02: En la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, hoy día treinta (30) del mes de julio del año dos mil veintiséis (2026), el **Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)**, órgano superior del Sistema Dominicano de Seguridad Social, de conformidad con las disposiciones de la Ley No. 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: **Lic. Eddy Olivares Ortega, Lic. Ramón Efrén Cuello Madera, Dr. Víctor Atallah, Dr. José A. Matos, Sr. Élsido Antonio Díaz, Dra. Mercedes Jacqueline Ramírez Pérez, Dr. Héctor Valdez Albizu, Sra. Clarissa De La Rocha, Dr. Luis Alberto Peña Núñez, Dra. Mercedes Rodríguez, Licda. Rosalina Trueba, Lic. Luis Miura, Licda. Perla Contreras, Licda. Sandra Piña, Lic. Luis Roberto Despradel, Lic. Andrés Noboa, Lic. Pablo Martínez Martínez, Sra. Paola Teresa Montaño Agüero, Sr. Deogracia Peña Santos, Sra. Petra Hernández, Sr. Vicente de Jesús Díaz, Sra. Josefina Alt. Ureña, Lic. Eduardo Hernández Pérez, Sra. María De Los Santos, Lic. Jesús Antonio Frías, Licda. Belkys A. Javier Moreno, Sra. Keyla Jiménez Vásquez, Sr. Bernardo Montero, Lic. Rafael Samuel Sena y el Lic. Miguel Victor Lora Coradín; CON MOTIVO DEL RECURSO DE RECONSIDERACIÓN** recibido en el **CNSS** en fecha 6 de mayo de 2026, interpuesto por la sociedad comercial **UNIDOLOR, S.R.L.**, debidamente representada por su Directora Médica, Dra. Bethania Martínez Del Villar, contra la **Resolución No. 635-03**, de fecha 30 de abril de 2026, emitida por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), en relación a la solicitud de **UNIDOLOR, S.R.L.,** de activación de competencia rectora ante insuficiencia de red oncológica en la Provincia de Samaná.

VISTA: La documentación que compone el presente expediente.

RESULTA: Que, en fecha 30 de abril de 2026, el **Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)** emitió la **Resolución No. 635-03,** la cual en su parte dispositiva, dispuso lo siguiente: "***PRIMERO: RECHAZAR*** *la solicitud presentada por* ***UNIDOLOR****, relativa a la activación de la competencia rectora ante la presunta insuficiencia de la red oncológica en la provincia de Samaná, remitida mediante comunicación de fecha 9 de febrero de 2026, por los motivos expuestos en la presente resolución y conforme a lo establecido en las normativas vigentes;* ***SEGUNDO: RECOMENDAR*** *a la* ***Dra. Bethania Martínez****, representante de* ***UNIDOLOR****, realizar los acercamientos de lugar con las ARS, a los fines de lograr un consenso con relación a la contratación como prestador, en atención a la demanda de servicios en la zona;* ***TERCERO: INSTRUIR*** *a la* ***Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)****, en el marco de sus funciones, a dar seguimiento a las brechas identificadas en la Región Nordeste y a* ***impulsar las acciones necesarias*** *con las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), tomando en cuenta las recomendaciones expuestas en la presente resolución y conforme a lo establecido en las normativas vigentes; y,* ***CUARTO: INSTRUIR*** *a la* ***Gerente General del CNSS*** *a notificar la presente resolución a* ***UNIDOLOR, SISALRIL*** *y a las demás instancias del SDSS".*

RESULTA: Que, en fecha 6 de mayo de 2026, la sociedad comercial **UNIDOLOR, S.R.L.,** interpuso el presente **Recurso de Reconsideración** contra la **Resolución del CNSS No. 635-03,** de fecha **30 de abril de 2026.**

RESULTA: Que, mediante la **Resolución del CNSS No. 637-05**, de **fecha 28 de mayo de 2026**, se creó una **Comisión Especial** para conocer el presente **Recurso de Reconsideración**.

VISTO: El resto de la documentación que componen el presente expediente.

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL (CNSS), LUEGO DE ESTUDIAR Y ANALIZAR EL PRESENTE RECURSO DE RECONSIDERACIÓN, TIENE A BIEN EMITIR LA SIGUIENTE DECISIÓN:

CONSIDERANDO: Que, en la especie, el **CNSS** se encuentra apoderado de un **Recurso de Reconsideración**, incoado por la sociedad comercial **UNIDOLOR, S.R.L.,** representada por su Directora Médica, Dra. Bethania Martínez Del Villar, contra la **Resolución No. 635-03,** de fecha 30 de abril de 2026, emitida por el **Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)**.

CONSIDERANDO: Que el **CNSS** es competente para conocer el presente Recurso de Reconsideración, en virtud de lo establecido en el Reglamento sobre Normas y Procedimientos para las Apelaciones por ante el Consejo y conforme a lo establecido en el párrafo del artículo 53 de la Ley 107-13, sobre los Derechos de las Personas en sus Relaciones con la Administración y de Procedimiento Administrativo.

CONSIDERANDO: Que la admisibilidad de un recurso no sólo está condicionada a que se interponga por ante la jurisdicción competente, sino que el mismo debe interponerse dentro de los plazos y formalidades que establece la ley de la materia; y que, de la verificación de la documentación aportada se ha comprobado que se encuentra dentro del plazo de treinta (30) días establecido en el artículo 53 de la Ley No. 107-13, sobre los Derechos de las Personas en sus Relaciones con la Administración y de Procedimiento Administrativo.

CONSIDERANDO: Que, tal y como establece la Ley No. 87-01 en su artículo 21, las entidades que conforman el Sistema Dominicano de Seguridad Social mantienen dentro de su perfil ciertos deberes acordes con la especialización y separación de funciones que deben poner de manifiesto cada una.

ARGUMENTACIONES DE UNIDOLOR, S.R.L.
representada por su Directora Médica, **DRA. BETHANIA MARTINEZ DEL VILLAR.**

CONSIDERANDO: Que **UNIDOLOR, S.R.L.**, dentro de sus argumentaciones, indica que la **Resolución del CNSS No. 635-03** no resuelve de forma suficiente la cuestión normativa planteada referente a la verificación de la suficiencia funcional, territorial y accesible de la red de servicios en la provincia de Samaná. Además, indica que su solicitud no tiene carácter contractual ni pretende que el CNSS ordene la contratación de un prestador específico, sino que precise si, frente a una brecha geográfica reconocida, puede considerarse suficiente una red cuya funcionalidad territorial no ha sido demostrada.

CONSIDERANDO: Que, respecto al Considerando Tercero de la Resolución del CNSS No. 635-03, que recoge que UNIDOLOR expuso estar habilitado por el Ministerio de Salud Pública para servicios oncológicos, manejo del dolor y cuidados paliativos en la provincia de Samaná; que identificó brechas de acceso; que los pacientes deben trasladarse a otras provincias; y, que planteó la necesidad de verificar la suficiencia y funcionalidad de la red en la zona, **UNIDOLOR, S.R.L.,** señala que esa fue la verdadera cuestión sometida al análisis del Consejo, no así una petición de contratación particular, sino una solicitud de determinación sobre cumplimiento del sistema.

CONSIDERANDO: Que **UNIDOLOR, S.R.L.,** continúa señalando que, el Considerando Cuarto de la Resolución del CNSS No. 635-03, indica que la SISALRIL realizó un levantamiento y que se identificaron prestadores disponibles y contratados. Sin embargo, no se identifican los nombres de dichos prestadores, su ubicación, su capacidad resolutiva, los servicios efectivamente habilitados, ni la ruta de acceso de los afiliados. Por tanto, una red no identificada no es verificable y una red no verificable no puede ser considerada funcional para fines de acceso efectivo.

CONSIDERANDO: Que, en ese tenor, **UNIDOLOR, S.R.L.**, puntualiza que la Ley No. 87-01, reconoce la autonomía técnica, financiera y administrativa de las ARS, pero esa autonomía está condicionada al respeto estricto de los principios de la seguridad social, la propia ley y sus normas complementarias. Por tanto, la autonomía contractual no sustituye la obligación de organizar una red que garantice servicios oportunos, continuos y territorialmente razonables.

CONSIDERANDO: Que **UNIDOLOR, S.R.L.,** además indica que el Considerando Quinto de la Resolución No. 635-03 recoge recomendaciones derivadas de un informe técnico de la Región Nordeste e incluso hace referencia prioritaria a la provincia María Trinidad Sánchez. Sin embargo, la solicitud sometida por la parte recurrente se refiere expresamente a la provincia de Samaná, manifestando que esa diferencia territorial no es menor, afecta la motivación del acto, toda vez que el análisis debe responder al territorio donde se alegó y reconoció la brecha.

CONSIDERANDO: Que, en cuanto al criterio de regionalización citado en la Resolución No. 635-03, UNIDOLOR reconoce que determinados servicios de alta complejidad tecnológica pueden organizarse de forma regional o subregional, tales como radioterapia, PET Sean, gammagrafía u otros estudios de alto costo y baja frecuencia. Sin embargo, ese criterio no puede extenderse automáticamente a servicios de continuidad asistencial como oncología clínica, quimioterapia ambulatoria, seguimiento oncológico, manejo del dolor y cuidados paliativos, toda vez que indica que estos servicios no son eventos aislados, sino procesos clínicos que requieren seguimiento, control de síntomas, cercanía territorial y respuesta oportuna.

CONSIDERANDO: Que, adicionalmente, la recurrente manifiesta que en el Considerando Sexto de dicha Resolución del CNSS No. 635-03 se invoca el principio de libre elección y la naturaleza contractual privada de las relaciones entre ARS y PSS, sin embargo el CNSS no precisa cómo se garantiza la libre elección y el acceso efectivo cuando el afiliado no puede identificar prestadores disponibles en su territorio o debe desplazarse varias horas para recibir servicios que requieren continuidad clínica.

CONSIDERANDO: Que, en cuanto al Considerando Séptimo de la Resolución del CNSS No. 635-03 se afirma que el acceso no implica disponibilidad de todos los servicios especializados en cada demarcación territorial, **UNIDOLOR, S.R.L.,** establece que esa afirmación es correcta en abstracto, pero requiere diferenciación técnica, toda vez que no se está solicitando que todo servicio especializado exista en cada demarcación sino se solicita que los servicios de continuidad clínica esenciales para pacientes oncológicos, con dolor severo o en cuidados paliativos tengan una ruta territorial funcional, verificable y accesible. Sumado, a que la equidad y gradualidad citadas por la propia resolución obligan a priorizar territorios apartados o con barreras reales de acceso.

CONSIDERANDO: Que, con relación al Considerando Octavo de la Resolución del CNSS No. 635-03, que reconoce que corresponde a las ARS organizar y coordinar sus redes de prestadores bajo supervisión de la SISALRIL, **UNIDOLOR, S.R.L.,** continúa estableciendo que precisamente por ello una vez identificada una brecha, la supervisión no puede agotarse en una constatación pasiva, sino que debe traducirse en fiscalización efectiva, requiriendo información, verificando funcionalidad, identificando prestadores, evaluando rutas de acceso y promoviendo medidas correctivas cuando corresponda.

CONSIDERANDO: Que, adicionalmente, **UNIDOLOR, S.R.L.,** indica en su Recurso de Reconsideración que, si bien respecto del Considerando Noveno dicha Resolución del CNSS No. 635-03 sostiene que se satisface la motivación del acto con los informes técnicos, intervenciones de las partes y marco normativo vigente, persisten elementos esenciales no motivados, tales como: no se indica cuáles son los prestadores disponibles; no se demuestra que estén en Samaná; no se explica cómo accede el afiliado; no se distingue entre alta complejidad "regionalizable" y continuidad asistencial territorial; y no se resuelve la contradicción entre reconocer una brecha y afirmar suficiencia de red.

CONSIDERANDO: Que, además, **UNIDOLOR, S.R.L.,** indica que, en cuanto al Considerando Décimo de la Resolución del CNSS No. 635-03, el propio CNSS cita su facultad de adoptar medidas necesarias para preservar el equilibrio y garantizar el desarrollo del Sistema Dominicano de Seguridad Social, facultad que no obliga al CNSS a contratar prestadores, pero sí lo obliga a definir el criterio rector aplicable cuando la red alegada no puede ser verificada por el afiliado ni por el prestador solicitante.

CONSIDERANDO: Que **UNIDOLOR, S.R.L.,** señala que, respecto del Considerando Undécimo de dicha Resolución del CNSS No. 635-03, el CNSS reconoce que el Sistema Dominicano de Seguridad Social garantiza un Plan Básico de Salud de carácter integral y que dentro de esa integralidad se encuentran materialmente los componentes clínicos del manejo del dolor y los cuidados paliativos, aunque no siempre aparezcan denominados como programa independiente: control del dolor, medicamentos, seguimiento clínico, soporte sintomático, atención de urgencias, hospitalización y cuidado de pacientes con enfermedad avanzada. Por lo que, el propio expediente de UNIDOLOR ya había desarrollado que los cuidados paliativos no son un servicio extraño al sistema, sino una expresión clínica de la atención integral.

CONSIDERANDO: Que, en cuanto al Considerando Duodécimo de la Resolución del CNSS No. 635-03, el cual cita el principio de equidad y gradualidad, indicando que el SDSS garantizará de manera efectiva el acceso a los servicios a todos los beneficiarios, especialmente a quienes viven

o laboran en zonas apartadas o marginadas. Al respecto, **UNIDOLOR, S.R.L.,** establece que este considerando favorece su posición, pues Samaná es precisamente un territorio donde se ha alegado y reconocido una dificultad de acceso, con desplazamientos prolongados para recibir servicios de oncología, dolor y cuidados paliativos.

CONSIDERANDO: Que, sumado a lo anterior, **UNIDOLOR, S.R.L.,** argumenta que en los considerandos Décimo Tercero, Décimo Cuarto y Décimo Quinto de la Resolución del CNSS No. 635-03, se cita el artículo 176 de la Ley No. 87-01 sobre las funciones de la SISALRIL, el artículo 148 sobre coordinación de la red de PSS y el artículo 150 sobre organizar una red integral de servicios a nivel local que cubra adecuadamente las prestaciones del Plan Básico de Salud, considerandos que confirman que el caso no podía resolverse únicamente recomendando acercamientos con las ARS, sino instruyendo una verificación real de red, con identificación de prestadores, ubicación, capacidad resolutiva y ruta de acceso.

CONSIDERANDO: Que **UNIDOLOR, S.R.L.**, señala que, en cuanto a los programas de pacientes crónicos, manejo del dolor y cuidados paliativos alegados o desarrollados por algunas ARS, solicitan que el CNSS precise si dichos programas pueden ser considerados evidencia de suficiencia de red sin demostrar presencia territorial en Samaná.

CONSIDERANDO: Que, de manera particular, **UNIDOLOR, S.R.L.,** solicita que se requiera a ARS Primera, ARS Universal, ARS MAPFRE, ARS Humano y demás administradoras con afiliados en la provincia que identifiquen, respecto de Samaná, los prestadores contratados para oncología clínica, manejo del dolor, cuidados paliativos y programas de crónicos complejos, su ubicación, su cartera de servicios y el mecanismo de acceso del afiliado. Así mismo, **UNIDOLOR, S.R.L.,** establece que, si dichos prestadores existen en Samaná deben ser identificables para garantizar derivación y acceso oportuno. Sino existen, entonces esos programas no corrigen la brecha geográfica reconocida. También, **UNIDOLOR, S.R.L.,** solicita que se precise cómo se garantizará el acceso transitorio mientras se verifica o fortalece la red, incluyendo mecanismos de autorización fuera de red, reembolso o cualquier vía administrativa prevista para evitar que el afiliado quede sin servicio por insuficiencia funcional de red.

CONSIDERANDO: Que, en virtud de todo lo anterior expuesto, la sociedad comercial **UNIDOLOR, S.R.L.,** concluyó solicitando lo siguiente: ***"Primero:*** *Que sea reconsiderada la Resolución No. 635-03 en cuanto rechaza la solicitud sin resolver la cuestión de fondo relativa a la funcionalidad territorial de la red en Samaná.* ***Segundo:*** *Que el CNSS precise si una red puede considerarse suficiente cuando no se identifican los prestadores disponibles, su ubicación, capacidad resolutiva y ruta de acceso del afiliado.* ***Tercero:*** *Que se instruya a la SISALRIL a realizar fiscalización efectiva, no solo seguimiento general, respecto de la red de oncología clínica, manejo del dolor y cuidados paliativos en la provincia de Samaná.* ***Cuarto****: Que se requiera a las ARS la identificación formal de sus prestadores y programas de pacientes crónicos, manejo del dolor y cuidados paliativos con cobertura real en Samaná.* ***Quinto:*** *Que se determine si los servicios ubicados fuera de la provincia satisfacen el estándar de acceso efectivo para servicios de continuidad asistencial. Sexto: Que se establezca una ruta transitoria de garantía de acceso para los afiliados mientras se verifica, corrige o fortalece la red".*

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL, LUEGO DE ESTUDIAR Y

ANALIZAR EL RECURSO DE RECONSIDERACIÓN TIENE A BIEN EMITIR LA SIGUIENTE DECISIÓN:

CONSIDERANDO 1: Que, en la especie, el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) se encuentra apoderado de un Recurso de Reconsideración interpuesto por la sociedad comercial **UNIDOLOR, S.R.L.,** en fecha 6 de mayo de 2026 contra la Resolución del CNSS No. 635-03, de fecha 30 de abril de 2026, que rechazó su solicitud relativa a la activación de la competencia rectora ante la presunta insuficiencia de la red oncología en la provincia de Samaná.

CONSIDERANDO 2: Que el recurso de reconsideración constituye un mecanismo de revisión administrativa destinado a que el órgano que dictó el acto valore nuevamente los hechos, las pruebas y los fundamentos jurídicos aportados, a fin de determinar si existen elementos nuevos o razones suficientes que justifiquen modificar o revocar la decisión previamente adoptada.

CONSIDERANDO 3: Que **UNIDOLOR, S.R.L.**, sostiene, esencialmente, que la finalidad de su Recurso de Reconsideración no es sustituir la autonomía contractual de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), sino asegurar que dicha autonomía opere dentro del marco de legalidad, accesibilidad, equidad, continuidad y protección efectiva del afiliado.

CONSIDERANDO 4: Que, del examen del Recurso de Reconsideración interpuesto por **UNIDOLOR, S.R.L.,** por parte de la Comisión Especial del CNSS conformada, no se advierte la incorporación de nuevos elementos probatorios que desvirtúen las conclusiones técnicas y jurídicas que sirvieron de fundamento a la Resolución No. 635-03, la cual fue adoptada sobre la base del informe técnico presentado por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), las deliberaciones de la Comisión Permanente de Salud (CPS) y las disposiciones contenidas en la Ley No. 87-01, sus modificaciones y normas complementarias.

CONSIDERANDO 5: Que las pretensiones formuladas por **UNIDOLOR, S.R.L.,** parte recurrente, relativas a que el CNSS determine la suficiencia de la red mediante la identificación de prestadores específicos, su capacidad resolutiva, ubicación, rutas de acceso, así como ordenar procesos de fiscalización y requerir la identificación de determinados prestadores por parte de las ARS, recaen sobre materias cuya evaluación técnica y supervisión corresponden a la SISALRIL, conforme a las atribuciones conferidas por el artículo 176 de la citada Ley No. 87-01, sin que ello implique la facultad del CNSS de sustituir las competencias propias del órgano supervisor ni de intervenir en las relaciones contractuales entre las ARS y los Prestadores de Servicios de Salud (PSS).

CONSIDERANDO 6: Que los artículos 148 y 150 de la Ley No. 87-01 establecen que corresponde a las Administradoras de Riesgos de Salud organizar y coordinar sus redes de prestadores, garantizando la cobertura de las prestaciones del Plan Básico de Salud, bajo la supervisión de la SISALRIL, sin que el ordenamiento jurídico faculte al CNSS para definir la composición específica de dichas redes.

CONSIDERANDO 7: Que la Resolución del CNSS No. 635-03, objeto de recurso de reconsideración, no desconoció la importancia de fortalecer el acceso a los servicios oncológicos en la Región Nordeste, sino que, atendiendo a las recomendaciones técnicas emitidas por la

SISALRIL, instruyó a dicho órgano a dar seguimiento a las brechas identificadas e impulsar las acciones correspondientes con las Administradoras de Riesgos de Salud dentro del ámbito de sus competencias.

CONSIDERANDO 8: Que, no obstante lo anterior, del análisis de los argumentos expuestos en el recurso de reconsideración se evidencia la preocupación de **UNIDOLOR, S.R.L.**, respecto de las condiciones de acceso de los afiliados residentes en la provincia de Samaná a los servicios de oncología clínica, manejo del dolor. Seguimiento clínico, soporte sintomático, atención de urgencia y cuidados paliativos, situación que amerita mantener un proceso de evaluación y coordinación institucional orientado a identificar alternativas que permitan fortalecer la oferta disponible, siempre dentro del marco competencial previsto por la Ley No. 87-01 y en aras de garantizar las prestaciones oportunamente y con calidad del Plan Básico de Salud.

CONSIDERANDO 9: Que el artículo 22, literal r), de la Ley No. 87-01 faculta al Consejo Nacional de Seguridad Social a adoptar las medidas necesarias para preservar el equilibrio y desarrollo del Sistema Dominicano de Seguridad Social, pudiendo impartir instrucciones de carácter general a los órganos del sistema cuando ello contribuya a mejorar la garantía de acceso a las prestaciones, sin menoscabar las competencias legalmente atribuidas a cada institución.

CONSIDERANDO 10: Que el **CNSS**, como ente de la Administración Pública y órgano superior del SDSS, en virtud de lo dispuesto en la Ley No. 87-01 y en el artículo 52 de la Ley No. 107-13, sobre los Derechos de las Personas en sus Relaciones con la Administración y de Procedimiento Administrativo, cuenta con la potestad de confirmar, modificar o revocar el acto impugnado, que, en el caso de la especie, se refiere a la Resolución No. 635-03, de fecha 30 de abril de 2026, emitida por este Órgano revisor de su propia actuación.

CONSIDERANDO 11: Que, en aplicación de los principios de equidad, gradualidad y acceso efectivo consagrados en el artículo 3 de la Ley No. 87-01, este **CNSS** considera procedente acoger parcialmente el recurso únicamente en cuanto a disponer que la SISALRIL realice las gestiones de intermediación que estime pertinentes con las Administradoras de Riesgos de Salud, a fin de evaluar la viabilidad de ampliar la cobertura de los servicios oncológicos en la provincia de Samaná, sin que dicha instrucción implique prejuzgar sobre la suficiencia de las redes actualmente autorizadas.

CONSIDERANDO 12: Que la referida medida constituye una actuación compatible con las competencias de supervisión, coordinación e impulso que corresponden a la SISALRIL y procura fortalecer el acceso efectivo de los afiliados a los servicios de salud, preservando al mismo tiempo la autonomía de gestión de las Administradoras de Riesgos de Salud y el régimen legal aplicable a la conformación de sus redes de prestadores.

CONSIDERANDO 13: Que, en virtud de todo lo precedentemente expuesto, este **CNSS**, en virtud de sus facultades como órgano superior del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), tiene a bien acoger parcialmente el **Recurso de Reconsideración** interpuesto por el **UNIDOLOR, S.R.L.**, contra la **Resolución del CNSS No. 635-03**, de fecha 30 de abril de 2026, únicamente para instruir a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) a realizar las gestiones de intermediación necesarias con las Administradoras de Riesgos de Salud

(ARS), a fin de evaluar la posible ampliación de la cobertura de servicios oncológicos en la provincia de Samaná y puntos cercanos, rechazando a su vez los demás aspectos solicitados por **UNIDOLOR, S.R.L.,** por las consideraciones legales antes expresadas.

CONSIDERANDO 14: Que, en los casos en que una de las partes entienda que sus derechos han sido vulnerados o que no está de acuerdo con la decisión administrativa emanada por este **CNSS**, el afectado contará con la vía judicial correspondiente para recurrir la misma, en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley No. 107-13, así como, a lo establecido en el artículo 10 de la Normativa que establece las Normas y Procedimientos de las Apelaciones por ante el Consejo.

CONSIDERANDO 15: Que a tales efectos, contra las decisiones emanadas por la **Administración Pública** se podrá interponer el **Recurso Contencioso Administrativo** en el plazo definido en el **artículo 5 de la Ley No. 13-07, que crea el Tribunal Contencioso Tributario y Administrativo,** que dispone lo siguiente: "El plazo para recurrir por ante el Tribunal Contencioso Tributario y Administrativo, será de treinta (30) días a contar del día en que el recurrente reciba la notificación del acto recurrido, o del día de publicación oficial del acto recurrido por la autoridad de que haya emanado (…)"

CONSIDERANDO 16: Que el **CNSS** tiene a su cargo la dirección y conducción del Sistema Dominicano de Seguridad Social (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 de Seguridad Social, conforme lo dispuesto en el citado artículo 22 de la Ley 87-01.

VISTAS: La Ley No. 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, promulgada el 9 de mayo de 2001 y sus normas complementarias y la Resolución del Consejo Nacional de Seguridad Social No. 635-03 de fecha 30 de abril de 2026.

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

RESUELVE:

PRIMERO: DECLARAR como **BUENO y VÁLIDO**, en cuanto a la forma, el **Recurso de Reconsideración** interpuesto por la sociedad comercial **UNIDOLOR, S.R.L.**, contra la **Resolución del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) No. 635-03, de fecha 30 de abril de 2026**, por haber sido interpuesto dentro de los plazos previstos y conforme a las normas establecidas.

SEGUNDO: ACOGER PARCIALMENTE el **Recurso de Reconsideración** interpuesto por **UNIDOLOR, S.R.L.,** en contra de la **Resolución del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) No. 635-03,** de fecha 30 de abril de 2026, únicamente para **INSTRUIR** a la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)** a realizar las gestiones de intermediación necesarias con las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), a fin de evaluar la posible ampliación de la cobertura de servicios oncológicos en la provincia de Samaná y puntos

cercanos, conforme a sus atribuciones legales y a los criterios técnicos y de sostenibilidad del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

TERCERO: RECHAZAR, en cuanto al fondo, el **Recurso de Reconsideración** interpuesto por **UNIDOLOR, S.R.L.,** respecto a las demás solicitudes dirigidas a revocar la **Resolución CNSS No. 635-03,** de fecha 30 de abril de 2026; en consecuencia, **RATIFICAR** en las demás partes la citada Resolución del CNSS No. 635-03, por las consideraciones legales expuestas en el cuerpo de la presente resolución.

CUARTO: **INSTRUIR** a la **Gerente General del CNSS** a notificar la presente resolución a **UNIDOLOR, SISALRIL** y a las demás instancias del SDSS.

Resolución No. 641-03: CONSIDERANDO 1: mediante la **Resolución del CNSS No. 639-10**, de fecha 2 de julio de 2026, remitió a la **Comisión Permanente de Salud (CPS)** la propuesta presentada por la **Sociedad Dominicana de Hematología (SODOHEM)**, para dar a conocer las características y beneficios del medicamento **Venetoclax** para el tratamiento de pacientes con leucemia linfocítica crónica (LLC) y leucemia mieloide aguda (LMA), remitida mediante comunicación de fecha 2 de junio de 2026, para fines de análisis y estudio, debiendo dicha Comisión presentar su informe al **Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)**.

CONSIDERANDO 2: Que la **Comisión Permanente de Salud (CPS)** se reunió en dos (2) ocasiones con el propósito de conocer y analizar la propuesta presentada por la **Sociedad Dominicana de Hematología (SODOHEM)**, contando con la participación de representantes de dicha entidad, de la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)** y de **Laboratorios AbbVie**, entidades que a través de sus representantes expusieron sus consideraciones clínicas, científicas y técnicas para fines de evaluación por parte de la Comisión.

CONSIDERANDO 3: Que, tanto la **Sociedad Dominicana de Hematología (SODOHEM)** como el **Laboratorio AbbVie** presentaron sus consideraciones clínicas y científicas que justifican la solicitud, destacando que el medicamento **Venetoclax** constituye una alternativa terapéutica respaldada por evidencia científica para el tratamiento de pacientes con leucemia linfocítica crónica (LLC) y leucemia mieloide aguda (LMA), debido a los beneficios observados en términos de eficacia, seguridad, resultados clínicos e impacto económico.

CONSIDERANDO 4: Que la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)** informó que, mediante la metodología de **Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS)** realizó un análisis comparativo entre el **Ibrutinib**, el **Venetoclax** y otras alternativas terapéuticas para el tratamiento de la leucemia linfocítica crónica (LLC). Asimismo, indicó que la evaluación correspondiente a la leucemia mieloide aguda (LMA) se encontraba pendiente de realizar, por lo que resultaba necesario completar los estudios técnicos antes de emitir una recomendación.

CONSIDERANDO 5: Que el **artículo 19** del **Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud** dispone la adopción de Guías de Atención Integral con la participación del Ministerio de Salud Pública (MSP), la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) y las organizaciones científicas competentes, como instrumentos orientados a fortalecer la calidad, estandarización y efectividad de la atención en salud.

CONSIDERANDO 6: Que el artículo 24 del **Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud** establece que el **Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)** podrá incluir o excluir actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención en el **Plan de Servicios de Salud (PDSS)**, previo estudio técnico que considere, entre otros aspectos, las condiciones económicas del sistema, la evidencia científica disponible, la pertinencia tecnológica, la frecuencia esperada de utilización y su relación costo-efectividad.

CONSIDERANDO 7: Que la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) es considerada una herramienta analítica que determina el valor de las tecnologías, estimando su contribución a la mejora de la salud mediante el uso de la Medicina Basada en Evidencia (MBE), sustentando la toma de decisiones de manera racional, transparente y con base científica, constituyendo un instrumento fundamental para determinar la inclusión y/o exclusión de tecnologías en el Plan de Servicios de Salud (PDSS).

CONSIDERANDO 8: Que la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)**, mediante la **Resolución Administrativa Interna No. 010-2022**, de fecha 2 de diciembre de 2022, institucionalizó la **Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS)** como un método de análisis y evaluación de medicamentos, productos médicos, instrumentos, técnicas y procedimientos clínicos, quirúrgicos y de cualquier otra naturaleza, destinados a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud.

CONSIDERANDO 9: Que la **Resolución Administrativa SISALRIL No. 010-2022**, de fecha 2 de diciembre de 2022, establece la **Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS)** como requisito previo para sustentar las propuestas que esa Superintendencia someta al **Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)** respecto a la inclusión o exclusión de tecnologías en el **Catálogo de Prestaciones del Plan de Servicios de Salud (PDSS)**, considerando, entre otros aspectos, su impacto clínico, económico y social, así como las recomendaciones derivadas del proceso de evaluación.

CONSIDERANDO 10: Que **el artículo 3 de la Ley No. 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS)**, 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 11: Que, el **artículo 60** de la Carta Magna 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 12: Que, el **artículo 61** de la Constitución Dominicana 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 13: Que, el **artículo 129** de la citada **Ley No. 87-01** establece que el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) garantizará a toda la población dominicana, independientemente de su condición social, laboral y económica y del régimen financiero a que pertenezca, un Plan Básico de Salud, de carácter integral, compuesto por los servicios descritos en dicho artículo.

CONSIDERANDO 14: Que, conforme los incisos c) y g) del artículo 176 de la Ley No. 87-01, la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)** ostenta la encomienda legal de: *"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"; y, "Realizar, dentro de los plazos establecidos por la presente ley, los estudios previstos sobre los Regímenes Contributivo Subsidiado y Subsidiado en lo relativo al Seguro Familiar de Salud (SFS)".*

CONSIDERANDO 15: Que, conforme los incisos b) y k) del artículo 22 de la Ley No. 87-01, el **Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)** contempla el mandato legal de disponer de los estudios necesarios para extender la protección de la seguridad social y de conocer los resultados de las valuaciones, análisis y estudios actuariales necesarios para cubrir adecuadamente las obligaciones presentes y futuras del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

CONSIDERANDO 16: Que el **Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)** como órgano rector del **Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS)**, es el responsable de establecer las políticas, regular el funcionamiento del sistema y sus instituciones, garantizar la extensión de cobertura, defender a los beneficiarios, así como, velar por el desarrollo institucional, la integralidad de sus programas y el equilibrio financiero de **SDSS**, en apego a lo dispuesto en el artículo 22, de la Ley 87-01.

VISTOS: La Constitución de la República Dominicana; la Ley No. 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), sus modificaciones y normas complementarias; el Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud; la Resolución Administrativa de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) No. 010-2022, de fecha 2 de diciembre de 2022, que institucionaliza la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS).

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

RESUELVE:

PRIMERO: INSTRUIR a la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)** para que, en coordinación con la **Sociedad Dominicana de Hematología (SODOHEM)**, lleve a cabo el proceso de **Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS)** del medicamento **Venetoclax**, conforme a la metodología establecida para estos fines, y remita a la Comisión Permanente de Salud (CPS) el informe técnico correspondiente, en un plazo de cuarenta y cinco (45) días calendario, contados a partir de la notificación **de la presente resolución.**

SEGUNDO: DISPONER que, una vez recibido el informe técnico elaborado por la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)**, la **Comisión Permanente de Salud (CPS)** continúe el conocimiento de la solicitud presentada por la **Sociedad Dominicana de Hematología (SODOHEM)** y elabore el informe con propuesta de resolución que corresponda para conocimiento y decisión del **Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).**

TERCERO: INSTRUIR a la **Gerente General del CNSS** a notificar la presente resolución a la **SODOHEM, Laboratorios ABBVIE, SISALRIL** y a las demás instancias correspondientes del **SDSS**.

Resolución No. 641-04: CONSIDERANDO 1: Que el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), mediante la Resolución No. 634-12, de fecha 16 de abril de 2026, remitió a la Comisión Permanente de Reglamentos (CPR) la propuesta de modificación de los artículos 14 y 15 de la Normativa sobre Subsidios por Enfermedad Común, modificada mediante la Resolución No. 631-07, de fecha 26 de febrero de 2026, propuesta presentada por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) mediante la Comunicación No. 2026-001146, de fecha 23 de marzo de 2026, para fines de revisión y análisis; y que, posteriormente, mediante la Resolución No. 638-11, de fecha 18 de junio de 2026, el CNSS remitió a la misma Comisión la solicitud de interpretación del artículo 9, literal b), de la referida Resolución No. 631-07, relativa a la Normativa sobre Subsidio por Enfermedad Común, presentada por la SISALRIL, mediante la Comunicación No. 2026-001502, de fecha 23 de abril de 2026, para fines de revisión y análisis.

CONSIDERANDO 2: Que, mediante la Resolución del CNSS No. 631-07, de fecha 26 de febrero de 2026, fueron aprobadas las modificaciones de las Normativas sobre el Subsidio por Enfermedad Común y sobre el Subsidio por Maternidad y Lactancia, presentadas por la SISALRIL.

CONSIDERANDO 3: Que los miembros de la **Comisión Permanente de Reglamentos (CPR)** se reunieron para analizar el mandato dado en la citada resolución sobre la modificación de los artículos14 y 15 de la Normativa sobre Subsidios por Enfermedad Común, modificado mediante la Resolución del CNSS No. 631-07, de fecha 26 de febrero de 2026.

CONSIDERANDO 4: Que, asimismo, en el transcurso del conocimiento de la solicitud fue escuchada y analizadas por los miembros de la Comisión Permanente de Reglamento (CPR) las ponderaciones indicadas por la representación de la SISALRIL, referente a que el objetivo de agregar el párrafo al artículo 14 de la Normativa sobre el Subsidio por Enfermedad Común, que fue modificada previamente mediante la Resolución del CNSS No. 631-07, de fecha 26 de febrero de 2026, persigue establecer plazos específicos para la subsanación de las solicitudes, evitando así sobrecarga del sistema con solicitudes que se mantienen pendientes de subsanación por meses y hasta años, sin respuesta o fecha límite de cierre. Así como, persigue disponer de mayores controles para detectar y prevenir posibles fraudes.

CONSIDERANDO 5: Que, de igual modo, los miembros de la previamente indicada Comisión, ponderaron lo manifestado por los representantes de la SISALRIL de que la propuesta de modificación del párrafo IV del artículo 15 de la Normativa sobre el Subsidio por Enfermedad

Común, tiene como objetivo clarificar el cálculo a determinar del salario base para fines del subsidio en caso de pluriempleo.

CONSIDERANDO 6: Que la **Normativa sobre el Subsidio por Enfermedad Común** tiene por objeto regular el otorgamiento de las prestaciones en dinero y el registro y control del Subsidio por Enfermedad Común del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, previsto por el artículo 131 de la Ley No. 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

CONSIDERANDO 7: Que, mediante la solicitud de modificación del **artículo 14** de la citada normativa, sobre la Prescripción de la Solicitud de Subsidio por Enfermedad Común, se propone agregar un párrafo, a los fines de establecer plazos específicos para la subsanación y cierre de las solicitudes, el cual se leería de la manera siguiente: *"**PÁRRAFO:** Una vez sometida la solicitud de Subsidio por Enfermedad Común ante la Dirección de Control de Subsidios, la misma será tramitada hasta su aprobación en un plazo que no deberá exceder los treinta (30) días hábiles. Si la solicitud se encuentra incompleta o se requiere la subsanación de algún documento del expediente administrativo, se le otorgará al empleador o solicitante un plazo de treinta (30) días calendarios para subsanar su solicitud, agotado este plazo, la solicitud será considerada cerrada debiendo el solicitante proceder, si aplica, a reintroducir su solicitud completa, dentro del plazo de la prescripción dispuesto en el presente reglamento".*

CONSIDERANDO 8: Que, al respecto, visto que la notificación al empleador o a la parte solicitante de que las solicitudes están incompletas o requiere subsanación de subsidios por enfermedad común se materializan a través de la plataforma de la SISALRIL, este Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) atina oportuno aumentar el plazo de subsanación de treinta (30) calendarios propuesto a cuarenta y cinco (45) días, toda vez que la no subsanación y/o completado conforme de la solicitud podría generar la prescripción del derecho en perjuicio de la solicitante.

CONSIDERANDO 9: Que, en virtud de las consideraciones previamente indicada, este Órgano rector del Sistema Dominicano de Seguridad Social, se inclina a la siguiente propuesta de redacción de párrafo del artículo 14 de la citada normativa, a saber: *"**PÁRRAFO.** Una vez sometida la solicitud de Subsidio por Enfermedad Común ante la Dirección de Control de Subsidios, la misma será tramitada hasta su aprobación en un plazo que no deberá exceder los treinta (30) días hábiles. Si la solicitud se encuentra incompleta o se requiere la subsanación de algún documento del expediente administrativo, se le otorgará al empleador o solicitante un plazo de cuarenta y cinco (45) días calendarios, contados a partir de la solicitud de subsanación, advirtiéndole vía plataforma de la SISALRIL habilitada para estos fines que deberá completar o subsanar su solicitud. Vencido este plazo, la solicitud será considerada cerrada debiendo el solicitante proceder, si aplica, a reintroducir su solicitud completa, dentro del plazo de la prescripción dispuesto en la presente normativa".*

CONSIDERANDO 10: Que, asimismo, se solicita la modificación el **Párrafo IV del artículo 15,** de la referida normativa, la cual establece el cálculo del Subsidio por Enfermedad Común ante una incapacidad temporal y pluriempleo, para que, diga de la manera siguiente: ***PÁRRAFO IV:*** *El subsidio se calculará tomando como base los promedios de los últimos seis (6) meses de salarios devengados por el trabajador en cada empleador, hasta un tope de diez (10) salarios*

mínimos nacional. El valor del subsidio será equivalente al sesenta por ciento (60%) de la suma de estos promedios cuando se reciba asistencia ambulatoria, y al cuarenta por ciento (40%) si la atención es hospitalaria, el cual se distribuirá proporcionalmente de acuerdo con el último salario devengado por el trabajador en cada empleador activo".

CONSIDERANDO 11: Que, al respecto, este Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), en apego a sus competencias atributivas de ley, considera viable la propuesta de modificación previamente indicada, resaltando que persigue efectivamente edificar con la redacción propuesta una mejor interpretación, razonamiento y aplicación general de la disposición normativa.

CONSIDERANDO 12: Que, adicionalmente, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), solicita a este Órgano una aclaración en la interpretación del literal b) del artículo 9 de la Normativa sobre el Subsidio por Enfermedad Común, que fue modificada previamente mediante la Resolución del CNSS No. 631-07, de fecha 26 de febrero de 2026, mediante la Comunicación SSRL-INT-2026-001502, de fecha 23 de abril de 2026, fundamentada en que si la referida normativa para el trámite del subsidio por enfermedad común requiere que el certificado médico contenga tanto el sello del Prestador de Servicio de salud institucional como el sello del personal médico tratante, o si por el contrario, basta con la presencia de uno de ellos en el documento.

CONSIDERANDO 13: Que el artículo 9, resaltando el literal b), de la Normativa sobre el Subsidio por Enfermedad Común, que fue modificada previamente mediante la Resolución del CNSS No. 631-07, de fecha 26 de febrero de 2026, reza de la siguiente manera:

*"**ARTÍCULO 9. CONDICIONES DE LOS SERVICIOS MÉDICOS.** Los servicios médicos se prestarán bajo las siguientes condiciones:*

a) Si la incapacidad es de cuatro (4) o más días, el afiliado interesado en beneficiarse del Subsidio por Enfermedad deberá recurrir a un médico tratante y obtener el certificado médico.

b) El certificado médico deberá indicar: a) nombre, cédula, firma, sello, y número de exequátur del médico tratante; b) nombre de la prestadora, si aplica; c) nombre y cédula del afiliado; d) diagnóstico principal; e) modalidad y días de la incapacidad (hospitalaria y/o ambulatoria); f) fecha de inicio de la licencia.

c) Cuando el trabajador esté en condiciones de reintegrarse a sus labores habituales, el médico tratante podrá darle de alta e interrumpir el período de incapacidad temporal, haciéndolo constar mediante otro certificado médico, debiendo el trabajador comunicarlo a su empleador.

d) La discapacidad, calificada inicial y oportunamente como permanentes, no aplicará para el pago del subsidio por enfermedad, pues, en este caso, aplicarán las disposiciones del artículo 46 de la Ley Núm. 87-01. El afiliado deberá ser evaluado por las Comisiones Medicas Regionales".

CONSIDERANDO 14: Que este Órgano, haciendo un ejercicio de interpretación literal del literal b) del artículo 9 de la Normativa aludida, se inclina a que disposición legal es categórica en establecer que se requiere el sello obligatorio del médico tratante en el certificado médico para que sea válido para fines del trámite del subsidio, lo cual es cónsono si se efectúa una interpretación sistemática de la norma en atención a la Ley No. 87-01, sus modificaciones, normas complementarias y demás legislaciones afines.

CONSIDERANDO 15: Que, en esa tesitura, el Consejo Nacional de Seguridad Social pondera que, más que una interpretación se requiere una modificación a la norma, atinando viable permitir que sea válido, para fines de la solicitud de subsidio por enfermedad común, el certificado médico que presente el sello del médico tratante o de la Prestadora de Servicio de Salud donde el afiliado recibió la atención médica, indistintamente, siempre y cuando contenta la firma y exequatur del médico.

CONSIDERANDO 16: Que, en consecuencia, el **CNSS** identifica preponderante agregar un párrafo al artículo 9 de la Normativa sobre el Subsidio por Enfermedad Común que brinde la posibilidad de que el certificado médico sea válido con el sello del médico o de la PSS institucional, según lo antes indicado, resultando al efecto la siguiente redacción, a saber: *"**PÁRRAFO:** Para fines de aplicación, interpretación y trámite del Subsidio por Enfermedad Común contenido en esta Normativa, el certificado médico será válido, indistintamente, si contiene el sello del médico tratante o de la prestadora de servicio de salud donde el afiliado recibió la atención médica".*

CONSIDERANDO 17: Que el **artículo 6** del **Reglamento Interno del CNSS**, relativo a los **Instrumentos Normativos** empleados por el **CNSS**, dispone en el **numeral 3,** sobre **Resoluciones** lo siguiente: *"(…) Todo acto formal del **CNSS** será adoptado mediante Resoluciones. De manera específica, el **CNSS** emitirá Resoluciones en los siguientes casos: (…) f) Cualquier otra medida que corresponda a una decisión formal que afecte derechos o cree obligaciones en el SDSS. (…)".*

CONSIDERANDO 18: Que el **Poder Ejecutivo** ha establecido, de forma reiterada, que sólo los reglamentos dispuestos en el artículo 2 de la Ley No. 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, deben ser sometidos para su aprobación al Poder Ejecutivo por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

CONSIDERANDO 19: Que la presente normativa constituye una norma complementaria que regula el procedimiento administrativo para la entrega del subsidio por enfermedad común, previsto en la Ley No. 87-01 y forma parte de sus normas complementarias, por tales motivos, al no encontrarse dentro de los reglamentos dispuestos en el artículo 2 de la citada Ley No. 87-01, no amerita la emisión de un decreto del Poder Ejecutivo para su aprobación y puede ser aprobada mediante resolución del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

CONSIDERANDO 20: Que el literal l) del artículo 176 de la Ley No. 87-01, que crea el SDSS, establece que: *"la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)** tiene como función, entre otras: "someter a la consideración del CNSS todas las iniciativas necesarias en el marco de la presente ley y el Reglamento de Salud y Riesgos Laborales, orientadas a garantizar*

el desarrollo y el equilibrio financiero del sistema, la calidad de las prestaciones y la satisfacción de los usuarios, la solidez financiera del Seguro Nacional de Salud (SNS) y de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), el desarrollo y fortalecimiento de las ARS locales y la libre elección de los afiliados".

CONSIDERANDO 21: Que la Ley No. 107-13, sobre los Derechos de las Personas en sus Relaciones con la Administración y de Procedimiento Administrativo, en el marco del respeto al ordenamiento jurídico en su conjunto, establece en su artículo 3, dentro de sus principios: **el Principio de Eficacia, de Responsabilidad y de Celeridad** que deben primar en la Administración Pública, para garantizar con objetividad el interés general.

CONSIDERANDO 22: Que el **CNSS** tiene a su cargo la dirección y conducción del SDSS y como tal, es el responsable de establecer las políticas, regular el funcionamiento del Sistema y de sus instituciones, garantizar la extensión de cobertura, defender a los beneficiarios, así como, velar por el desarrollo institucional, la integralidad de sus programas y el equilibrio financiero del SDSS, de acuerdo con lo planteado en el artículo 22 de la Ley 87-01.

CONSIDERANDO 23: Que las modificaciones propuestas a los artículos 14 y 15 y lo concerniente a la interpretación del artículo 9, literal b) de la Normativa sobre Subsidio por Enfermedad Común responden a la necesidad de dotar de mayor seguridad jurídica, previsibilidad y certeza normativa a los actores del Sistema Dominicano de Seguridad Social, en consonancia con el mandato constitucional de desarrollo progresivo de la seguridad social para asegurar el acceso universal a una adecuada protección en la enfermedad, mediante reglas claras sobre los plazos de subsanación de solicitudes, el cálculo del subsidio en los casos de pluriempleo y los requisitos de validez del certificado médico para fines de trámite del subsidio por enfermedad común.

VISTOS: La Constitución de la República Dominicana, la Ley No. 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, de fecha 9 de mayo de 2001; Ley No. 107-13, sobre los Derechos de las Personas en sus Relaciones con la Administración y de Procedimiento Administrativo; Reglamento Interno del Consejo Nacional de Seguridad Social, promulgado mediante el Decreto No. 400-12, de fecha 28 de julio de 2012; la Resolución del CNSS No. 631-07, de fecha 26 de febrero de 2026, que modificó las normativas para regular los Subsidios por Enfermedad Común, Maternidad y Lactancia; la propuesta de la SISALRIL remitida mediante la Comunicación No. 2026-001146, de fecha 23 de marzo de 2026; y, la Comunicación SSRL-INT-2026-001502, de fecha 23 de abril de 2026, remitida por la SISALRIL.

El CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL (CNSS), en apego a las funciones y atribuciones que le confieren la Ley No. 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), sus modificaciones y normas complementarias.

RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR la inclusión de un párrafo al **artículo 9** de la **Normativa sobre el Subsidio por Enfermedad Común,** sobre las condiciones de los servicios médicos para que, en lo adelante, el citado artículo 9 del texto normativo indicado se lea de la manera siguiente:

*"**ARTÍCULO 9. CONDICIONES DE LOS SERVICIOS MÉDICOS.** Los servicios médicos se prestarán bajo las siguientes condiciones:*

a) *Si la incapacidad es de cuatro (4) o más días, el afiliado interesado en beneficiarse del Subsidio por Enfermedad deberá recurrir a un médico tratante y obtener el certificado médico.*

b) *El certificado médico deberá indicar: a) nombre, cédula, firma, sello, y número de exequátur del médico tratante; b) nombre de la prestadora, si aplica; c) nombre y cédula del afiliado; d) diagnóstico principal; e) modalidad y días de la incapacidad (hospitalaria y/o ambulatoria); f) fecha de inicio de la licencia.*

c) *Cuando el trabajador esté en condiciones de reintegrarse a sus labores habituales, el médico tratante podrá darle de alta e interrumpir el período de incapacidad temporal, haciéndolo constar mediante otro certificado médico, debiendo el trabajador comunicarlo a su empleador.*

d) *La discapacidad, calificada inicial y oportunamente como permanentes, no aplicará para el pago del subsidio por enfermedad, pues, en este caso, aplicarán las disposiciones del artículo 46 de la Ley Núm. 87-01. El afiliado deberá ser evaluado por las Comisiones Medicas Regionales.*

PÁRRAFO: Para fines de aplicación, interpretación y trámite del Subsidio por Enfermedad Común contenido en esta Normativa, el certificado médico será válido, indistintamente, si contiene el sello del médico tratante o de la prestadora de servicio de salud donde el afiliado recibió la atención médica".

SEGUNDO: APROBAR la propuesta de la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)** sobre la inclusión en la **Normativa sobre el Subsidio por Enfermedad Común** un **párrafo al artículo 14**, relativo al plazo de subsanación de solicitudes del subsidio incompletas o que se requiera la subsanación de algún documento del expediente administrativo y su cierre, para que, en lo adelante, el citado párrafo del artículo 14 del texto normativo indicado se lea de la manera siguiente:

*"**PÁRRAFO.** Una vez sometida la solicitud de Subsidio por Enfermedad Común ante la Dirección de Control de Subsidios, la misma será tramitada hasta su aprobación en un plazo que no deberá exceder los treinta (30) días hábiles. Si la solicitud se encuentra incompleta o se requiere la subsanación de algún documento del expediente administrativo, se le otorgará al empleador o solicitante un plazo de cuarenta y cinco (45) días calendarios, contados a partir de la solicitud de subsanación, advirtiéndole vía plataforma de la SISALRIL habilitada para estos fines que deberá completar o subsanar su solicitud. Vencido este plazo, la solicitud será considerada cerrada debiendo el solicitante proceder, si aplica, a reintroducir su solicitud completa, dentro del plazo de la prescripción dispuesto en la presente normativa".*

TERCERO: APROBAR la modificación del **párrafo IV del artículo 15** de la **Normativa sobre el Subsidio por Enfermedad Común,** sobre incapacidad temporal y pluriempleo, para que, en lo adelante, el citado párrafo IV del artículo 15 del texto normativo indicado se lea de la manera siguiente:

*"**PÁRRAFO IV:** El subsidio se calculará tomando como base los promedios de los últimos seis (6) meses de salarios devengados por el trabajador en cada empleador, hasta un tope de diez (10) salarios mínimos nacional. El valor del subsidio será equivalente al sesenta por ciento (60%) de la suma de estos promedios cuando se reciba asistencia ambulatoria, y al cuarenta por ciento (40%) si la atención es hospitalaria, el cual se distribuirá proporcionalmente de acuerdo con el último salario devengado por el trabajador en cada empleador activo".*

CUARTO: La presente resolución modifica únicamente la **Normativa sobre el Subsidio por Enfermedad Común** en lo relativo a la inclusión de un párrafo en el artículo 9, de un párrafo en el artículo 14 y la modificación del párrafo IV del artículo 15, manteniendo su vigencia para todo lo demás en la citada normativa y la Normativa del Subsidio por Maternidad y Lactancia, aprobadas mediante la **Resolución del CNSS No. 631-07, de fecha 26 de febrero de 2026,** por los motivos expuestos en el cuerpo de la presente resolución.

QUINTO: INSTRUIR a la **SISALRIL** a dar a conocer las modificaciones aprobadas, mediante la presente resolución, a la **Normativa sobre el Subsidio por Enfermedad Común,** garantizando en todo momento los beneficios de este subsidio a los afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social.

SEXTO: INSTRUIR a la **Gerente General del CNSS** a publicar en un periódico de circulación nacional la presente resolución y notificarla a la **SISALRIL** y a las demás instancias del **SDSS**, la cual contendrá anexa la **Normativa sobre el Subsidio por Enfermedad Común** modificada y la **Normativa sobre los Subsidios de Maternidad y Lactancia**, esta última sin modificaciones, a fin de facilitar su identificación, consulta y aplicación por parte de los afiliados, actores del SDSS y público en general.

NORMATIVA SOBRE EL SUBSIDIO POR ENFERMEDAD COMÚN

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1. DEL OBJETO. La presente NORMATIVA tiene por objeto regular el otorgamiento de las prestaciones en dinero y el registro y control del Subsidio por Enfermedad Común del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, previsto por el artículo 131 de la Ley Núm. 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

ARTÍCULO 2. DEFINICIONES. Para los fines de aplicación de la presente NORMATIVA, los términos y expresiones que se indican más abajo, tanto en mayúscula como en minúscula, singular o plural, tendrán los significados siguientes:

Administradora del Subsidio. Entidad responsable de la administración del Subsidio por Enfermedad Común, que para este caso es la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) u otra entidad en la que esta última subrogue estas funciones.

Administradora de Riesgos de Salud (ARS): Entidades públicas, privadas o mixtas, descentralizadas, con patrimonio propio y personalidad jurídica, autorizadas por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) a asumir y administrar el riesgo de

la provisión del Plan Básico de Salud a una determinada cantidad de afiliados mediante un pago per cápita establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

Accidente de Trabajo: Toda lesión corporal que (el o la) trabajador(a) sufra con ocasión o consecuencia del trabajo que presta por cuenta ajena. Incluye los tratamientos por accidentes de tránsito en horas laborables y/o en la ruta hacia o desde el centro de trabajo.

Accidente No Laboral: Toda lesión corporal de origen distinto al de accidente de trabajo.

Capacidad Laboral: Conjunto de habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social, que permiten al trabajador desempeñar sus labores habituales.

Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE): Es la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud, la cual se denomina en inglés International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD), publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la que tiene como propósito permitir el registro sistemático, análisis, interpretación y comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes épocas. Se utiliza para convertir los términos diagnósticos y otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información.

Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF): Método diseñado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para utilizar un lenguaje unificado y estandarizado para la clasificación del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud.

Clasificación Única de Procedimiento en Salud (CUPS): Sistema de clasificación que provee reglas de codificación especializadas en procedimientos médicos y relacionados con la salud. Clasifica los procedimientos usando un código alfanumérico de siete caracteres que provee un código único a cada uno de ellos.

Certificado Médico: Documento expedido por un médico autorizado por el Ministerio de Salud Pública, mediante el cual certifica la condición de salud del paciente examinado y hace constatar la incapacidad temporal para el trabajo y el tiempo que estará de licencia, cuando lo requiera.

De Alta Médica: Es cuando el médico tratante declara que el trabajador está apto para reincorporarse a sus labores habituales, por cesar la condición o enfermedad que le inhabilitaba para la realización de las mismas.

DIDA: Dirección General de Información y Defensa de los Afiliados. Entidad que tiene a su cargo informar, orientar y defender a los afiliados del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

Discapacidad: Restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano, que impide el desarrollo normal de su actividad laboral.

Incapacidad Temporal: Inhabilitación transitoria del trabajador para el desempeño de su trabajo normal y que, luego de su recuperación, le permite reincorporarse a las tareas que habitualmente

realizaba. Para los fines de esta normativa, el término incapacidad temporal se considerará equivalente al de discapacidad temporal.

Incapacidad ocasionada por el estado de Embarazo: Inhabilitación transitoria de la trabajadora para el desempeño de su trabajo, ocasionada por su estado de embarazo.

Enfermedad Común: Es cualquier alteración de la salud que no tenga la condición de enfermedades profesionales, ni de condiciones de morbilidad derivadas de accidentes de trabajo o accidentes en trayecto.

Enfermedad Profesional: Todo estado mórbido que los (las) trabajadores (as) sufran en ocasión o por consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, provocado por factores de riesgos y condiciones imperantes en su oficio u ocupación, siempre que la enfermedad o el agente causal se encuentren dentro de una lista reconocida por el Reglamento sobre el Seguro de Riesgos Laborales.

Formulario de Solicitud de Subsidio por Enfermedad: Es el documento en donde el empleador hará constar la enfermedad no profesional o accidente no laboral que inhabilita temporalmente al trabajador para el desempeño de sus labores u ocupaciones, así como las siguientes informaciones: a) Datos básicos del afiliado, b) datos básicos del empleador, c) datos básicos del médico tratante y la PSS, d) informaciones médicas de discapacidad, e) tiempo de duración de la discapacidad, f) modalidad de la incapacidad (hospitalaria y/o ambulatoria). Este formulario será generado con numeración a través de la plataforma habilitada para tales fines y relacionado con la identificación del trabajador(a) afiliado(a), cédula, número de la seguridad social, el RNC de la empresa en la que labora y un número de secuencia de solicitud.

IDOPPRIL: Instituto Dominicano de Prevención y Protección de Riesgos Laborales.

Médico Tratante: El profesional de la salud, debidamente facultado para el ejercicio de la medicina, que presta sus servicios a un trabajador afiliado. Dicho médico estará registrado en la base de datos de la SISALRIL o en su defecto en un PSS debidamente habilitado por el Ministerio de Salud Pública.

Prestadoras de Servicios de Salud (PSS): Son personas físicas o entidades públicas, privadas o mixtas, legalmente facultadas para proveer los servicios ambulatorios de salud, de diagnósticos, hospitalarios, y quirúrgicos. Comprende los hospitales, clínicas, policlínicas, consultorios, y profesionales del sector salud, centro de diagnósticos, farmacias, etc.

SUIR: Sistema Único de Información y Recaudo, conforme lo establece el artículo 30 de la Ley Núm. 87-01.

Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL): Entidad estatal autónoma, con personería jurídica y patrimonio propio, la cual, a nombre y en representación del Estado Dominicano, tiene como función velar por el estricto cumplimiento de la Ley Núm. 87-01 y sus normas complementarias, proteger los intereses de los afiliados, habilitar, supervisar, fiscalizar, auditar y sancionar a todas las entidades autorizadas a operar como administradoras de riesgos de salud (ARS), vigilar la solvencia financiera del Seguro Familiar de Salud y de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), supervisar el pago puntual a dichas

administradoras y de éstas a las Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) y contribuir a fortalecer el Sistema Nacional de Salud, teniendo además a su cargo el pago de los subsidios por enfermedad y maternidad y lactancia y la supervisión monitoreo del Seguro de Riesgos Laborales.

Subsidio por Enfermedad Común: Prestación en dinero que recibe el trabajador afectado por una incapacidad temporal para el trabajo, ocasionada por una enfermedad común, accidente no laboral o por el estado de embarazo, el cual se otorgará a partir del cuarto día de la ocurrencia del evento que la genera y hasta un límite de veinte y seis (26) semanas.

Tesorería de la Seguridad Social (TSS): Entidad que tiene a su cargo el Sistema Único de Información y el proceso de recaudo, distribución y pago de las cotizaciones del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS).

Trabajador afiliado: Toda persona física que presta un servicio material o intelectual en virtud de un contrato de trabajo, que junto a su empleador financian o cotizan al Sistema Dominicano de Seguridad Social bajo el Régimen Contributivo.

Trabajo: Aquel oficio, labor u ocupación que desempeña el individuo recibiendo una remuneración equivalente a un salario o renta, bajo subordinación y por el cual cotiza al Sistema Dominicano de Seguridad Social.

Verificación y Auditoría Médica: Es la gestión que realiza la SISALRIL, a través del especialista del área médica para supervisar, validar y confirmar la incapacidad que da origen a la licencia médica emitida por el médico tratante.

ARTÍCULO 3. DEL ÁMBITO DE APLICACIÓN. La presente normativa comprende a todos (as) los (as) trabajadores (as) activos (as), cotizantes, afiliados (as) al Régimen Contributivo del Sistema Dominicano de Seguridad Social, que sufran una incapacidad temporal para el trabajo como resultado del padecimiento de una enfermedad no profesional o un accidente no laboral. Incluye las trabajadoras que, como consecuencia del embarazo, sufran una incapacidad temporal para el trabajo.

ARTÍCULO 4. DE LOS BENEFICIARIOS. Tendrán derecho al subsidio por enfermedad los trabajadores y las trabajadoras afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social a través del Régimen Contributivo que, en ocasión de una incapacidad temporal para el trabajo, derivada de una enfermedad no profesional, accidente no laboral o por el estado de embarazo, reúnan las condiciones establecidas en el artículo 131 de la Ley Núm. 87-01 y el artículo 5 de la presente normativa.

ARTÍCULO 5. CONDICIONES PARA ACCEDER AL SUBSIDIO. El trabajador (a) tendrá derecho a recibir el subsidio por enfermedad común, siempre que reúna las siguientes condiciones: a) Estar afiliado al Régimen Contributivo; b) contar con cuatro días de la incapacidad; y b) Cuando el trabajador afiliado haya cotizado, durante los últimos doce (12) meses, de manera ininterrumpida, anteriores a la incapacidad.

PÁRRAFO: La SISALRIL, a través de la plataforma habilitada para los fines, verificará que el trabajador o la trabajadora estén activo y cumplan con el mínimo de cotizaciones exigidas para que califique como beneficiario del subsidio.

ARTÍCULO 6. DE LA FUENTE DEL FINANCIAMIENTO DE LOS SUBSIDIOS. La fuente del financiamiento para cubrir el subsidio por enfermedad común o accidente no laboral, corresponde a la partida dentro del Seguro Familiar de Salud (SFS) destinada para los subsidios, de acuerdo con lo establecido por el artículo 140 de la Ley Núm. 87-01, modificado por el artículo 30 de la Ley 397-19, de fecha 30 de septiembre de 2019.

ARTÍCULO 7. DE LOS MONTOS Y CÁLCULO DEL SUBSIDIO. De conformidad con lo establecido por el artículo 131 de la Ley Núm. 87-01, para determinar los montos a pagar por concepto del subsidio, en ocasión de una incapacidad temporal para el trabajo por causa de enfermedad común, accidente no laboral o por el estado de embarazo, se tomará en cuenta lo siguiente:

a) Si el beneficiario recibe asistencia ambulatoria, tendrá derecho a percibir el equivalente al sesenta por ciento (60%) del salario promedio cotizable de los últimos seis (6) meses.
b) Si el beneficiario recibe atención hospitalaria, tendrá derecho a recibir el cuarenta por ciento (40%) del salario promedio cotizable de los últimos seis (6) meses.

PÁRRAFO I: La duración del subsidio tendrá un límite de 26 semanas (182 días), a partir del día en que inicia la incapacidad.

PÁRRAFO II: Para calcular este subsidio se utilizará la siguiente metodología:

a) La base de cálculo será el promedio de los salarios sujetos a cotización de los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de inicio de la licencia.

b) El resultado de la base será multiplicado por sesenta por ciento (60%) cuando el tratamiento sea ambulatorio y cuarenta por ciento (40%) en caso de hospitalización.

c) Este resultado será dividido entre 23.83.

d) El monto resultante de esta división será multiplicado por los días laborables del período de la incapacidad, contados a partir del día de inicio de la misma.

CAPÍTULO II

DE LA GESTIÓN GENERAL Y LOS CONTROLES DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS

ARTÍCULO 8. ADMINISTRACIÓN DEL SUBSIDIO. La administración del Subsidio por Enfermedad Común, así como la supervisión y monitoreo del mismo, corresponde a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), en virtud de las facultades previstas en el Párrafo IV del Artículo 140 de la Ley Núm.87-01, modificado por el artículo 30 de la Ley Núm. 397-19, la cual podrá subrogarlos a otra entidad gestora o administrarlo directamente.

ARTÍCULO 9. CONDICIONES DE LOS SERVICIOS MÉDICOS. Los servicios médicos se prestarán bajo las siguientes condiciones:

a) Si la incapacidad es de cuatro (4) o más días, el afiliado interesado en beneficiarse del Subsidio por Enfermedad deberá recurrir a un médico tratante y obtener el certificado médico.

b) El certificado médico deberá indicar: a) nombre, cédula, firma, sello, y número de exequátur del médico tratante; b) nombre de la prestadora, si aplica; c) nombre y cédula del afiliado; d) diagnóstico principal; e) modalidad y días de la incapacidad (hospitalaria y/o ambulatoria); f) fecha de inicio de la licencia.

c) Cuando el trabajador esté en condiciones de reintegrarse a sus labores habituales, el médico tratante podrá darle de alta e interrumpir el período de incapacidad temporal, haciéndolo constar mediante otro certificado médico, debiendo el trabajador comunicarlo a su empleador.

d) La discapacidad, calificada inicial y oportunamente como permanentes, no aplicará para el pago del subsidio por enfermedad, pues, en este caso, aplicarán las disposiciones del artículo 46 de la Ley Núm. 87-01. El afiliado deberá ser evaluado por las Comisiones Medicas Regionales.

PÁRRAFO: Para fines de aplicación, interpretación y trámite del Subsidio por Enfermedad Común contenido en esta Normativa, el certificado médico será válido, indistintamente, si contiene el sello del médico tratante o de la prestadora de servicio de salud donde el afiliado recibió la atención médica".

ARTÍCULO 10. PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DEL SUBSIDIO. El empleador, utilizando la plataforma habilitada para estos fines por la SISALRIL, suministrará la información contenida en el certificado médico. Para que se formalice y complete la solicitud del subsidio, el empleador y el trabajador realizarán el siguiente procedimiento:

a) El trabajador informara a su empleador sobre su condición de salud por cualquier medio, a fin de justificar su ausencia al trabajo, hasta tanto obtiene el certificado médico.

b) El trabajador deberá entregar a su empleador el original del certificado médico que valida su incapacidad.

c) El empleador generará, a través del portal web de la SISALRIL, la versión digital disponible del formulario de Solicitud de Subsidio por Enfermedad Común, el cual deberá completar con los siguientes requisitos: a) Datos generales del trabajador (a); b) los datos generales del empleador; c) los datos generales del médico tratante; d) diagnóstico principal que dio origen a la Incapacidad temporal, donde se Indicará si es por enfermedad común, accidente no laboral o por el estado de embarazo; e) modalidad de atención, es decir, si es hospitalaria y/o ambulatoria; f) la fecha de inicio de la licencia; g) días calendarios de licencia otorgados.

d) El empleador, una vez haya completado el formulario, deberá adjuntar copia legible del certificado médico que acredita la incapacidad del trabajador.

PÁRRAFO I: La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales podrá revisar y ajustar el formulario de solicitud mediante resolución, según las necesidades que se presenten, siempre garantizando la protección y autenticidad de la Información suministrada.

PÁRRAFO II: No podrá procesarse ninguna reclamación de subsidio por enfermedad común si el formularlo omite la cédula de identidad del trabajador, el número de seguridad de social, el Registro Nacional del Contribuyente (RNC) perteneciente al empleador, así como la copia adjunta del certificado médico.

ARTÍCULO 11. CONTENIDO DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUBSIDIO POR ENFERMEDAD COMÚN. El Formulario de Solicitud del Subsidio por Enfermedad Común contendrá las informaciones mínimas, requeridas por la SISALRIL.

PÁRRAFO I: El empleador generará, a través del portal web de la SISALRIL, la versión digital disponible del Formulario de Solicitud de Subsidio por Enfermedad Común, que deberá indicar lo siguiente: a) Datos general del trabajador (a); b) los datos generales del prestador; c) los datos generales del médico tratante; d) diagnóstico principal que dio origen a la incapacidad temporal, donde se indicará si es por enfermedad común, accidente no laboral o por el estado de embarazo e) modalidad de atención, es decir, si es hospitalaria y/o ambulatoria; f) la fecha de inicio de la licencia; g) días calendarios de licencia otorgados. Este formulario será generado con numeración a través de la plataforma habilitada para tales fines y relacionado con la identificación del trabajador (a) afiliado (a), cédula, número de la seguridad social y el RNC de la empresa en la que labora.

PÁRRAFO II: Para las renovaciones de licencia, se utilizará el referido formulario, conjuntamente con el nuevo certificado médico.

ARTÍCULO 12. DE LA CALIFICACIÓN. Para calificar o diagnosticar la enfermedad o procedimiento que da origen a la incapacidad del trabajador (a) afiliado (a), el médico tratante podrá tomar en cuenta la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) y el Código Único de Procedimiento en Salud (CUPS).

ARTÍCULO 13. DE LOS DEBERES Y OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR BENEFICIARIO. El Trabajador beneficiario tendrá los siguientes deberes:

a) Informar al empleador de su condición de salud por cualquier medio.

b) Entregar el certificado médico que avala la incapacidad.

c) Asegurarse de que el certificado médico contiene la información requerida en el literal b) del artículo 9 de la presente normativa.

d) Someterse a las normas y procedimientos de evaluación para el otorgamiento del Subsidio, cuando la Administradora del Subsidio lo requiera.

e) Colaborar con la transparencia del proceso y declarar cualquier novedad sobre su condición de salud.

ARTÍCULO 14. DE LA PRESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD DEL SUBSIDIO. El afiliado y el empleador tendrán un plazo no mayor de **sesenta (60) días calendarios**, posteriores a la terminación de la discapacidad, para reclamar el pago del Subsidio por Enfermedad Común, pudiendo registrarlo desde el momento en que el trabajador (a) notifica a su empleador el Certificado Médico.

PÁRRAFO. Una vez sometida la solicitud de Subsidio por Enfermedad Común ante la Dirección de Control de Subsidios, la misma será tramitada hasta su aprobación en un plazo que no deberá exceder los treinta (30) días hábiles. Si la solicitud se encuentra incompleta o se requiere la subsanación de algún documento del expediente administrativo, se le otorgará al empleador o solicitante un plazo de cuarenta y cinco (45) días calendarios, contados a partir de la solicitud de subsanación, advirtiéndole vía plataforma de la SISALRIL habilitada para estos fines que deberá completar o subsanar su solicitud. Vencido este plazo, la solicitud será considerada cerrada debiendo el solicitante proceder, si aplica, a reintroducir su solicitud completa, dentro del plazo de la prescripción dispuesto en la presente normativa.

ARTÍCULO 15. INCAPACIDAD TEMPORAL Y PLURIEMPLEO. El trabajador que se encuentre prestando servicio para más de un empleador y presente una incapacidad temporal que califique para la solicitud del Subsidio por Enfermedad Común ante ambos empleadores, deberá utilizar el mismo certificado médico para ser beneficiado del subsidio que le corresponda, tomando en cuenta a cada uno de los empleadores, siempre y cuando la discapacidad afecte su actividad laboral habitual en cada trabajo realizado.

PÁRRAFO I: Es responsabilidad de cada empleador completar el proceso de solicitud de subsidio.

PÁRRAFO II: En caso de que la enfermedad no profesional o el accidente no laboral sólo incapaciten al trabajador para prestar servicios a uno de sus empleadores, se le otorgará el subsidio únicamente para aquella labor en que ha quedado inhabilitado.

PÁRRAFO III: Para tener derecho al pago del Subsidio debe tomarse en cuenta que el afiliado haya cumplido con la condición de haber cotizado durante los últimos 12 meses, de manera ininterrumpida, anteriores a la incapacidad en el conjunto de sus empleadores.

PÁRRAFO IV: El subsidio se calculará tomando como base los promedios de los últimos seis (6) meses de salarios devengados por el trabajador en cada empleador, hasta un tope de diez (10) salarios mínimos nacional. El valor del subsidio será equivalente al sesenta por ciento (60%) de la suma de estos promedios cuando se reciba asistencia ambulatoria, y al cuarenta por ciento (40%) si la atención es hospitalaria, el cual se distribuirá proporcionalmente de acuerdo con el último salario devengado por el trabajador en cada empleador activo.

CAPÍTULO III

DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS SUBSIDIOS

ARTÍCULO 16. FINALIZACIÓN ANTICIPADA DE LA DISCAPACIDAD. En caso de que el trabajador se reincorpore a su trabajo antes de vencido el periodo de incapacidad otorgado, el empleador deberá notificarlo a la Administradora del Subsidio, a través de la plataforma habilitada para tales fines, e inmediatamente se suspenderá el pago del Subsidio.

ARTÍCULO 17. DE LOS DÍAS PROMEDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL. Para confirmar los períodos de discapacidad, la **SISALRIL** utilizará como referencia la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) para el control de los días de incapacidad otorgados a los trabajadores afiliados por determinada condición de salud.

PÁRRAFO I: Cuando a un trabajador afiliado le indiquen más días de licencia que el tiempo promedio que se estipula para la enfermedad en la Clasificación Internacional de Enfermedades, superando por más de 15 días lo estipulado, se deberá solicitar al Médico Tratante que justifique el motivo por el cual se le otorga ese período de tiempo para la discapacidad con los soportes clínicos requeridos. La Administradora del Subsidio comprobará la condición del trabajador afiliado y la pertinencia de un período de incapacidad mayor.

PÁRRAFO II: Cumplido el período por la incapacidad temporal, si el médico tratante considera que, por las condiciones de salud del trabajador afiliado, éste requiere un nuevo período de discapacidad, se considerará este período adicional como una renovación, que se otorgará siempre que no haya agotado las veintiséis (26) semanas límite de cobertura que establece el artículo 131 de la Ley Núm. 87-01.

ARTÍCULO 18. DE LA DISCAPACIDAD PERMANENTE. Transcurrido un plazo mayor de veintiséis (26) semanas de una incapacidad temporal por una misma causa o causa relacionada, dentro de un período de 12 meses, la entidad Administradora del Subsidio podrá referir al trabajador a la Comisión Médica Regional correspondiente, a los fines de evaluación para determinar si el trabajador está afectado de una discapacidad permanente para el trabajo, de acuerdo con lo previsto en el artículo 46 de la Ley Núm. 87-01.

ARTÍCULO 19. DE LA REINCIDENCIA. Dos o más discapacidades iniciadas en fechas distintas y por el mismo motivo médico o causas relacionadas serán consideradas procesos diferentes, si entre uno y otro han transcurrido más de veintiséis (26) semanas, es decir ciento ochenta y dos (182) días.

PÁRRAFO: En caso de que se determine que la causa es de origen laboral, la Administradora del Subsidio podrá referir al trabajador afiliado al Instituto Dominicano de Prevención y Promoción de Riesgos Laborales (IDOPPRIL), para que sea tratado conforme a las disposiciones del Seguro de Riesgos Laborales, prevista en la Ley Núm. 87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social y la Ley Núm. 397-19 del 30 de septiembre de 2019, que crea el Instituto Dominicano de Prevención y Protección de Riesgos Laborales (IDOPPRIL).

ARTÍCULO 20. DE LOS CONTROLES ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS. Los controles de los subsidios se establecen con miras a monitorear la calidad de la gestión administrativa financiera y de satisfacción al usuario.

PÁRRAFO: La Administradora del Subsidio tendrá la responsabilidad de implementar un sistema de control financiero y administrativo que garantice un adecuado y razonable manejo de los recursos a desembolsar para el pago del Subsidio por Enfermedad.

ARTÍCULO 21. DEL PAGO DE LOS SUBSIDIOS. El pago de las prestaciones estará a cargo de la Administradora del Subsidio, quien lo hará auxiliándose de la intervención del empleador.

PÁRRAFO I: El pago del subsidio se realiza mediante el auxilio o la intervención del empleador, no obstante, dicho pago no se considerará como una obligación de éste frente al trabajador y no será tomado en cuenta para fines de cálculo de vacaciones, salario de navidad y de participación individual de beneficios de la empresa, pues el contrato de trabajo se encuentra suspendido, tal como lo establece el Artículo 50 del Código de Trabajo de la República Dominicana.

PÁRRAFO II: En caso de que el empleador deba dar de baja al trabajador durante el período de licencia, deberá notificar a la SISALRIL dicha suspensión, a través de la plataforma habilitada para tales fines, a fin de que esta última notifique a la TSS el estatus de ese trabajador afiliado. Este proceso será regulado por una norma complementaria.

PÁRRAFO III: En caso de que el trabajador no pueda recibir su subsidio a través del empleador, este podrá tramitar la solicitud directamente a la Administradora del Subsidio, de conformidad al procedimiento establecido para estos fines, pudiendo, en todo caso, ser asistida por la DIDA.

PÁRRAFO IV: El monto del subsidio que recibirá el trabajador estará exento del pago del Impuesto Sobre la Renta, de acuerdo a lo establecido en el literal q) del artículo 299 de la Ley 11-92 que crea el Código Tributario de la República Dominicana.

ARTÍCULO 22. PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA DE LOS SUBSIDIOS. Se establece un procedimiento de reembolso de pago del subsidio, de modo que los empleadores deben avanzar mensualmente a los trabajadores el pago de los mismos, con derecho a ser rembolsado mensualmente por la Administradora del Subsidio.

PÁRRAFO I: El empleador deberá avanzar el pago de los subsidios, cuando la Administradora del Subsidio le notifique, a través de la plataforma habilitada para tales fines, el monto estimado provisional del subsidio, una vez formalizada la solicitud.

PÁRRAFO II: En caso de que el monto del subsidio aprobado definitivamente por la Administradora del Subsidio sea menor al monto estimado provisionalmente y avanzado por el empleador, este último tendrá derecho a ajustar la proporción pagada en exceso del salario del trabajador. En caso de que el monto del subsidio aprobado definitivamente por la Administradora del Subsidio sea mayor al monto estimado provisionalmente y avanzado por el empleador, este último deberá entregar al trabajador la proporción faltante.

PÁRRAFO III: Queda a cargo de la **SISALRIL** emitir, a través de resoluciones administrativas, los procedimientos que consideren de lugar para garantizar la debida aplicación de los Subsidios por Enfermedad Común, eficientizar las operaciones administrativas y financieras de estas prestaciones, así como, los mecanismos de fiscalización y control.

PÁRRAFO IV: La **SISALRIL**, en coordinación con la DIDA, serán las entidades responsables de proveer de información a los beneficiarios y a los empleadores sobre los procedimientos para la reclamación de los Subsidios por Enfermedad y accidente no laboral.

ARTÍCULO 23. PAGO DE CÁPITA Y CONSERVACIÓN DE DERECHOS. Se dispone que la Tesorería de la Seguridad Social pague al ARS correspondiente el per cápita establecido del Seguro Familiar de Salud del trabajador titular y sus dependientes, cuando éste sufra una incapacidad temporal que lo inhabilite para el trabajo durante un mes calendario o más y hasta un límite de seis (6) meses. Esta cápita será pagada con cargo a la Cuenta Cuidado de la Salud de las Personas.

ARTÍCULO 24. Se dispone que el trabajador que sufra una incapacidad temporal que lo inhabilite para el trabajo durante un mes calendario o más y hasta un límite de seis (6) meses, pague a la Tesorería de la Seguridad Social, durante el periodo en que dure la discapacidad, el 0.95% de la partida de la cotización para financiar el Seguro de Discapacidad y Sobrevivencia, tomando como base de cotización el promedio de los últimos seis (6) meses de salarios cotizado para el Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia. El monto a pagar por el trabajador que será determinado por la SISALRIL a través de la plataforma habilitada para tales fines, deberá ser retenido mensualmente por el empleador de los ingresos percibidos por el trabajador por concepto de subsidios.

PÁRRAFO: Se dispone que no se tomarán en cuenta los meses en que el trabajador haya dejado de cotizar para la seguridad social, como consecuencia de una enfermedad no profesional o accidente no laboral, para el cálculo de los últimos doce (12) meses de cotizaciones a la seguridad social, con el objeto de reconocerle un nuevo derecho a los subsidios de enfermedad, maternidad y lactancia.

ARTÍCULO 25. DENEGACIÓN, ANULACIÓN O SUSPENSIÓN DEL DERECHO. Cuando la Administradora del Subsidio determine la existencia de una de las causas siguientes, negará, anulará o suspenderá el pago del Subsidio por Enfermedad:

a) Actuación fraudulenta para obtener el subsidio.
b) Prolongación de la incapacidad por imprudencia temeraria del trabajador, según dictamen del médico tratante.
c) Rechazo o abandono del tratamiento sin causa razonable, según dictamen del médico tratante.
d) Trabajar por cuenta propia o ajena, salvo los casos de incapacidad temporal parcial.
e) El otorgamiento de una pensión por discapacidad permanente en sus diferentes grados o por retiro por vejez.
f) Financiamiento cruzado por el IDOPPRIL y SISALRIL para el mismo usuario y misma enfermedad, hasta tanto se aclare el origen del evento.
g) Fallecimiento.

PÁRRAFO I: La entidad Administradora del Subsidio podrá realizar cualquier verificación o auditoría médica que considere pertinente a las solicitudes de subsidios por Enfermedad Común, a los fines de denegar, anular o suspender el subsidio.

PÁRRAFO II: DE LA SUSPENSION DEL SUBSIDIO. Una vez otorgado el Subsidio por Enfermedad Común, la Administradora del Subsidio podrá suspender o recuperar pagos por concepto de subsidio cuando compruebe irregularidades o no pertinencia del beneficio.

PÁRRAFO III: En caso de que la Administradora del Subsidio deniegue, anule o suspenda el Subsidio, el empleador que haya realizado algún avance tendrá derecho a ajustar las sumas erogadas con cargo al salario del trabajador y la SISALRIL realizará un débito al empleador por el monto acreditado en exceso.

ARTÍCULO 26: La Administradora del Subsidio podrá aplicar un cargo al empleador, a los fines de recuperar los montos pagados cuando: a) se compruebe que la incapacidad fue de origen laboral; b) en los casos de pagos aplicados luego de agotadas las 26 semanas (182 días); y c) cualquier otra situación en la que no corresponda el pago del subsidio. De conformidad al procedimiento establecido para estos fines.

ARTÍCULO 27.: La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), mediante resoluciones administrativas, establecerá los procedimientos que consideren de lugar para garantizar la debida aplicación de los Subsidios por Enfermedad Común, eficientizar las operaciones administrativas y financieras de estas prestaciones, así como, los mecanismos de fiscalización y control, entre otros aspectos.

ARTÍCULO 28. INFRACCIONES Y SANCIONES. En caso de que los empleadores violen las disposiciones establecidas en Ley Núm. 87-01, sus modificaciones o normas complementarias, impidiendo que los trabajadores(as) se beneficien del Subsidio por Enfermedad Común, los empleadores serán pasibles de sanciones de multas, en virtud de lo que establecen el párrafo VII del artículo 28 de la Ley Núm. 87-01 modificado por la Ley 13-20 y los artículos 215 y 216 agregados por la citada Ley 13-20 de fecha 7 de febrero del año 2020, de conformidad al procedimiento establecido para estos fines.

ARTÍCULO 29.- VIGENCIA Y PUBLICIDAD. – La modificación de la presente **Normativa sobre el Subsidio por Enfermedad Común** sustituye la aprobada mediante la **Resolución del CNSS No. 631-07, de fecha 26 de febrero de 2026**, y la misma entrará en vigor una vez sea aprobada por resolución del CNSS y esté debidamente publicada.

NORMATIVA SOBRE LOS SUBSIDIOS DE MATERNIDAD Y LACTANCIA

CAPÍTULO I

GENERALIDADES

ARTÍCULO 1. OBJETO. La presente normativa tiene por objeto regular los subsidios por maternidad y lactancia del Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo del Sistema Dominicano de Seguridad Social, conforme a lo previsto en el Artículo 132 de la Ley Núm. 87-01, el Artículo 3 del Reglamento del Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud y el marco jurídico laboral vigente en República Dominicana, con respecto a la protección de la maternidad.

ARTÍCULO 2. ÁMBITO DE APLICACIÓN. La presente normativa tiene aplicación para todas aquellas trabajadoras afiliadas al Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo, que den a luz en todo el territorio nacional o en el extranjero, siempre que cumplan con los requisitos establecidos en el artículo 132 de Ley Núm. 87-01 y la presente normativa.

ARTÍCULO 3. DEFINICIONES.

Certificado Médico: Documento expedido por un médico autorizado, mediante el cual certifica la condición de salud de la paciente examinada, que para fines de subsidio por Maternidad y Lactancia será el documento donde se hace constar el inicio del descanso pre y post natal, el periodo de la licencia.

Descanso por Maternidad. Períodos de descanso obligatorio pre y post-natal conforme a lo contemplado en el artículo 236 del Código de Trabajo de la República Dominicana y el Convenio de la OIT. Período que en ningún caso será menor de catorce (14) semanas, en virtud a lo establecido en el Convenio Núm. 183, adoptado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en Ginebra, Suiza, sobre Protección de la Maternidad 2000 y aprobado por el Congreso Nacional mediante la Resolución No. 211-14, de fecha 6 de julio de 2014.

DIDA: Dirección General de Información y Defensa de los Afiliados.

Enfermedad Común: Es cualquier alteración de la salud que no tenga la condición de enfermedades profesionales, ni de condiciones de morbilidad derivadas de accidentes de trabajo o accidentes en trayecto.

Informe de Maternidad: Es el documento donde se registran todas las informaciones pertinentes, otorgadas por el médico, sobre el embarazo de la trabajadora afiliada, entre ellas: datos generales de la trabajadora, fecha probable del parto y el nombre y cédula de la persona que la madre designe como tutor para que, en caso de su fallecimiento, pueda recibir los subsidios de maternidad y lactancia. Este documento debe estar firmado por la madre y el médico. El empleador será el responsable de guardar este y otros documentos que surjan del proceso de solicitud de este subsidio.

Parto Múltiple: El nacimiento de dos o más niños (as) en un mismo parto o cesárea.

SFS: Seguro Familiar de Salud.

SISALRIL: Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.

SDSS: Sistema Dominicano de Seguridad Social.

Subsidio por Maternidad: Es el pago en dinero a la trabajadora afiliada al Régimen Contributivo equivalente a catorce (14) semanas de salario cotizable, hasta el tope del monto cotizable para el SFS, otorgados durante el período de Descanso por Maternidad, en las condiciones y formas que para tales fines se establecen en la presente Normativa.

Subsidio por Lactancia: Es el pago en dinero a las trabajadoras afiliadas al Régimen Contributivo, por concepto de los hijos nacidos vivos, siempre y cuando perciban un salario

menor o igual a tres (3) salarios mínimos nacional, otorgado en las condiciones y formas que para tales fines se establecen en la presente Normativa.

ARTÍCULO 4. ENTIDAD ADMINISTRADORA DE LOS SUBSIDIOS. Los subsidios de maternidad y lactancia están a cargo de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, la cual podrá administrarlos directamente o subrogarlos a una entidad gestora que tendrá a su cargo el pago de los mismos, conforme a lo previsto en el Párrafo IV del Artículo 140 de la Ley 87-01.

CAPÍTULO II

SUBSIDIO POR MATERNIDAD

ARTÍCULO 5. BENEFICIARIOS. Serán beneficiarias del Subsidio por Maternidad, contemplado en el artículo 132 de la Ley 87-01, las trabajadoras, sin distinción en cuanto a las condiciones de contratación, jornada laboral, ni estado civil, que reúnan las siguientes condiciones:

a) Estar afiliada al Régimen Contributivo del Sistema Dominicano de Seguridad Social;
b) Acreditar un período mínimo de cotización de ocho (8) meses, comprendido en los doce (12) meses anteriores a la fecha de su alumbramiento; y
c) No ejecutar trabajo remunerado alguno durante el período de Descanso por Maternidad.

ARTÍCULO 6. NACIMIENTO Y DURACIÓN DEL DERECHO DE SUBSIDIO POR MATERNIDAD. La trabajadora afiliada tendrá derecho a percibir el Subsidio por Maternidad siempre que haya reunido ocho (8) cotizaciones dentro de los doce (12) meses anteriores al alumbramiento, de conformidad con lo establecido por el artículo 132 de la Ley 87-01.

PÁRRAFO I: La trabajadora podrá disfrutar del subsidio por licencia de maternidad a partir de las siete (7) semanas que precedan a la fecha probable del parto o a partir del parto. En consecuencia, este Subsidio por Maternidad aplicará a partir del día en que inicie el descanso por maternidad o se produzca el alumbramiento, cuál de estos eventos ocurra primero, y hasta tanto termine el período de las catorce (14) semanas de licencia, según lo previsto por el artículo 236 del Código de Trabajo de la República Dominicana y el Convenio No.183 de la OIT, sobre la Protección de la Maternidad, adoptado en Ginebra, el 15 de junio de 2000.

PÁRRAFO II: Si una trabajadora afiliada inicia su licencia de maternidad antes de completar las ocho (8) cotizaciones al SDSS dentro de los doce (12) meses anteriores al alumbramiento, los cuales podría alcanzar al momento del parto, no tendrá derecho al Subsidio por Maternidad hasta tanto se presente el alumbramiento, momento en que cumplirá con las condiciones establecidas en el artículo 132 de la Ley Núm. 87-01 y el artículo 5 de la presente normativa.

PÁRRAFO III: El derecho a percibir el Subsidio por Maternidad, también podrá generarse a partir de un embarazo de veintidós (22) semanas de gestación.

PÁRRAFO IV: Las situaciones de huelga y cierre patronal no impedirán el reconocimiento del Subsidio por Maternidad.

ARTÍCULO 7. FALLECIMIENTO DE LA TRABAJADORA DURANTE EL SUBSIDIO DE MATERNIDAD. Si la trabajadora beneficiaria fallece durante el parto o en el período de vigencia del Subsidio por Maternidad, las sumas que corresponda por pagar por dicho concepto serán entregadas a la persona que la trabajadora afiliada haya designado en el Informe de Maternidad y, en su defecto, al tutor designado por el Consejo de Familia. Dicha persona deberá remitir a la SISALRIL o a la entidad gestora que se ocupare del pago de este subsidio, un extracto del certificado de defunción de la trabajadora expedido por la Oficialía Civil correspondiente.

PÁRRAFO I: Al momento de completar el Formularlo de Solicitud de Subsidio por Licencia de Maternidad, el cual arrastra toda la información proporcionada por la trabajadora en el Informe de Maternidad, la trabajadora tendrá la opción de poder cambiar la persona designada para recibir el subsidio en caso de muerte, antes firmarlo junto al empleador para que este proceda con la solicitud.

PÁRRAFO II: Si la trabajadora decide cambiar la persona designada en el Informe de Maternidad, deberá, en el Formulario de Solicitud de Subsidio completar los datos generales de la nueva persona designada, indicando que ésta, sustituye la persona señalada en el Informe de Maternidad.

ARTÍCULO 8. MATERNIDAD E INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO. Agotado el período de Descanso por Maternidad, si la beneficiaria continuase necesitando asistencia como consecuencia del parto o del puerperio, y se encontrase incapacitada para el trabajo, se le considerará en situación de incapacidad por Enfermedad Común, pudiendo solicitar el subsidio por Enfermedad Común.

PÁRRAFO I: En caso de que la incapacidad antecediera al período de Descanso por Maternidad, la trabajadora tendrá derecho a percibir únicamente el subsidio por Enfermedad Común hasta cumplir las 35 semanas de embarazo. Cualquier solicitud de licencia requerida a partir de las 35 semanas, será considerada pre-natal y por tanto le corresponderá el Subsidio por Maternidad y Lactancia, siempre que cumpliere con los requisitos establecidos en la Ley Núm. 87-01 y la presente normativa.

PÁRRAFO II. Si la trabajadora ejerce el derecho de disfrutar sus vacaciones a continuación del Descanso por Maternidad, según lo previsto por el artículo 238 del Código de Trabajo, o si por cualquier otra causa distinta a la enfermedad no se reintegra a sus labores en la fecha prevista, no podrá entenderse esta situación como una causa de extensión o aumento del Subsidio por Maternidad.

ARTÍCULO 9. CÁLCULO DEL SUBSIDIOS DE MATERNIDAD El pago del Subsidio por Maternidad consistirá en el pago del salario cotizable de la trabajadora durante un período de catorce (14) semanas, el cual será gestionado a través del empleador, conforme a las siguientes disposiciones:

a) El cálculo del subsidio se basará en el promedio de los salarios sujetos a cotización de los últimos seis (6) meses anteriores al inicio de la licencia por maternidad.

b) El pago del subsidio se realizará en partidas mensuales consecutivas, sin que ninguna de ellas exceda el límite de diez (10) salarios mínimos nacionales por mes.

PÁRRAFO: La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), mediante resolución, establecerá el procedimiento por medio del cual el empleador podrá registrar la solicitud de este subsidio."

ARTÍCULO 10. OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR FRENTE AL SUBSIDIO POR MATERNIDAD. Es responsabilidad del empleador informar a la SISALRIL o a la entidad en que se delegue para estos fines, la fecha en que iniciará el descanso por maternidad de la trabajadora, para iniciar los trámites administrativos correspondientes, que generarán el pago del Subsidio por Maternidad.

PÁRRAFO I: El empleador generará, a través del certificado habilitado para estos fines por la SISALRIL, el Formulario de Solicitud de Subsidio por Licencia de Maternidad, el cual deberá completar con los datos indicados en el certificado médico.

PÁRRAFO II: En caso de que el empleador no cumpla con esta disposición, la trabajadora tiene derecho de solicitar el subsidio a la SISALRIL, de conformidad al procedimiento establecido para estos fines, pudiendo, en todo caso, ser asistida por la DIDA.

PÁRRAFO III: La falta del empleador con respecto a la no inscripción de la trabajadora al SDSS, lo obliga al pago del salario integro durante la Licencia de Maternidad, establecida en el artículo 239 del Código de Trabajo y al Convenio No. 183 de la OIT, no teniendo derecho a solicitar el reembolso del Subsidio de Maternidad.

PÁRRAFO IV: Cuando la falta del empleador consista en el atraso del pago de las cotizaciones al Seguro Familiar de Salud (SFS), tendrá derecho a recibir el pago del subsidio, a partir del momento en que se ponga al día en el pago de las cotizaciones.

PÁRRAFO V: La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), establecerá, mediante resolución, la forma y el procedimiento por medio del cual deberá ser completado el formulario de solicitud de este subsidio."

ARTÍCULO 11. OBLIGACIONES DE LA EMPLEADA FRENTE AL SUBSIDO DE MATERNIDAD. La trabajadora será responsable de:

1. Notificar al empleador su estado embarazo, a través del Informe de Maternidad, donde deberá constar los datos de la trabajadora, la fecha probable del parto y nombre y cédula de la persona designada. Este informe debe ser vinculado a través de la Plataforma habilítala para estos fines.
2. Notificar al empleador cuando inicia el descanso de maternidad a través del certificado médico.

ARTÍCULO 12. PRESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD DEL SUBSIDIO: El empleador tendrá un plazo de hasta doce (12) meses, luego de iniciado la licencia de maternidad de la trabajadora, para completar la solicitud del Subsidio por Maternidad. Vencido dicho plazo no podrá solicitar el pago del subsidio.

CAPÍTULO III

SUBSIDIO POR LACTANCIA

ARTÍCULO 13. SITUACIONES PROTEGIDAS. Con la finalidad de proteger los niños en edad de lactancia, se considera en situación protegida los hijos de las trabajadoras afiliadas al Régimen Contributivo, de acuerdo con lo previsto en el artículo 132 de la Ley Núm. 87-01.

ARTÍCULO 14. BENEFICIARIOS. Serán beneficiarios del Subsidio por Lactancia los hijos de las trabajadoras afiliadas al Régimen Contributivo que devenguen un salario cotizable hasta tres (3) salarios mínimos nacional y acreditar un período mínimo de cotización de ocho (8) meses, comprendido en los doce (12) meses anteriores a la fecha de su alumbramiento, conforme a lo establecido por el artículo 132 de la Ley Núm.87-01 y artículo 5 de la presente Normativa.

PÁRRAFO: En caso de parto múltiple, la madre recibirá el Subsidio de Lactancia por cada niño(a) nacido(a) de un mismo parto.

ARTÍCULO 15. INICIO Y DURACIÓN DEL SUBSIDIO DE LACTANCIA. Se podrá iniciar los trámites para la obtención del Subsidio por Lactancia a partir de la fecha de nacimiento del o los menores beneficiarios, disponiendo del acta de nacimiento del o los recién nacido(s). Una vez aprobado el subsidio, el pago se otorgará por un período de doce (12) meses.

ARTÍCULO 16. FALLECIMIENTO DE LA MADRE DURANTE EL SUBSIDIO DE LACTANCIA. En caso de fallecimiento de la madre durante la vigencia del subsidio, tendrá derecho a percibir el pago íntegro del Subsidio por Lactancia o las sumas que resten del mismo, las personas siguientes:

a) la persona que la trabajadora haya designado en el Informe de Maternidad o en el Formulario de Solicitud de Subsidio por Licencia de Maternidad, si decide sustituirla;
b) el tutor del menor designado por Consejo de Familia; o,
c) la persona que posea la guarda de la menor designada mediante sentencia dictada por tribunal competente.

PÁRRAFO: La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales establecerá los procedimientos para el acceso al subsidio de lactancia en los casos indicados.

ARTÍCULO 17. PRESCRIPCIÓN DEL SUBSIDIO POR LACTANCIA. La afiliada o tutor designado por ella o por el Consejo de Familia, tendrá un plazo de doce (12) meses, luego del nacimiento del o los niños para reclamar el pago del Subsidio por Lactancia, siempre que se cumpla con las condiciones y el procedimiento para la solicitud del subsidio. Vencido dicho plazo no podrá solicitar el pago del subsidio por lactancia.

ARTÍCULO 18. PRESTACIONES ECONÓMICAS POR LACTANCIA Las prestaciones económicas por Subsidio por Lactancia serán otorgadas mensualmente, durante doce (12) meses, pudiendo la SISALRIL auxiliarse de la intervención del empleador, en caso de excepción.

ARTÍCULO 19. MONTOS DEL SUBSIDIO POR LACTANCIA. El Subsidio por Lactancia se otorgará de la forma siguiente:

1. Trabajadoras con salarios cotizables hasta el tope de un (1) salario mínimo nacional, recibirán subsidio correspondiente al 33% del promedio de los últimos seis (6) meses de su salario cotizable.
2. Trabajadoras con salarios cotizables hasta el tope de dos (2) salarios mínimos nacionales, recibirán subsidio correspondiente al 12% del promedio de los últimos seis (6) meses de su salario cotizable.
3. Trabajadoras con salarios cotizables hasta el tope de tres (3) salarios mínimos nacional, recibirán subsidio correspondiente al 6% del promedio de los últimos seis (6) meses de su salario cotizable.

PÁRRAFO I: La SISALRIL, a través del Sistema Único de Información y Recaudo (SUIR), verificará que las cotizaciones de la trabajadora cumplen con los requisitos exigidos por la Ley Núm. 87-01, a fin de validar que califican como beneficiarios del Subsidio por Lactancia.

PÁRRAFO II: La SISALRIL verificará el promedio del salario mensual cotizable de la trabajadora, de los últimos seis meses anteriores al inicio de la licencia para fines del pago del subsidio.

PÁRRAFO III: En los casos que exista variación en el salario de la afiliada por causa de subsidio por enfermedad, la SISALRIL evaluará los salarios a tomar en cuenta para el reconocimiento del subsidio.

ARTÍCULO 20. OBLIGACIÓN DEL EMPLEADOR FRENTE AL SUBSIDIO POR LACTANCIA. La falta del empleador con respecto a la no inscripción de la trabajadora al SDSS imposibilitará que la trabajadora reciba el pago del subsidio por lactancia, por no estar debidamente registrada en el mismo.

PÁRRAFO: Es obligación del empleador hacer el registro de la solicitud del Subsidio por Lactancia de manera oportuna.

ARTÍCULO 21. INFRACCIONES Y SANCIONES. En caso de que los empleadores violen las disposiciones establecidas en Ley 87-01, sus modificaciones o normas complementarias, impidiendo que las trabajadoras se beneficien del Subsidio por Maternidad y Lactancia, los empleadores podrán ser pasibles de sanciones de multas, en virtud de lo que establecen el párrafo VII del artículo 28 de la Ley 87-01 modificado por la Ley 13-20 y los artículos 215 y 216 agregados por la misma Ley 13-20 de fecha 7 de febrero del año 2020. De conformidad al procedimiento establecido para estos fines.

ARTÍCULO 22. RECUPERACIÓN MONTO SUBSIDIOS La SISALRIL o la Entidad Administradora de los Subsidios podrá compensar, con cargo a la acreditación de pagos futuros, los pagos realizados, cuando se compruebe que el registro haya sido incorrecto, la trabajadora se reintegre a su trabajo de manera anticipada o cualquier otra situación en la que no corresponda el pago del subsidio.

ARTÍCULO 23. EXCLUSIONES GENERALES. Se establecen las siguientes exclusiones:

1. Serán consideradas como exclusiones o causa inmediata de suspensión del pago de los Subsidios por Maternidad y Subsidio por Lactancia, las siguientes situaciones:

a. Acción fraudulenta para obtenerlo o conservarlo.

b. Trabajadoras pertenecientes a otros regímenes distintos al Régimen Contributivo.
c. Otros hallazgos citados en las normativas.

2. Serán consideradas como exclusiones o causa de suspensión del pago del Subsidio por Maternidad, las siguientes situaciones:
a. Trabajar de forma remunerada durante los períodos obligatorios de descanso por maternidad establecidos por el Código de Trabajo.
b. Reincorporación voluntaria al trabajo regular por parte de la madre durante el período de descanso por maternidad.

3. Serán consideradas como exclusiones o causas de suspensión del pago del Subsidio por Lactancia:
a. El haber pagado los doce (12) meses del subsidio correspondiente.
b. El fallecimiento del menor.

ARTÍCULO 24. FINANCIAMIENTO DE LOS SUBSIDIOS DE MATERNIDAD Y LACTANCIA. El financiamiento del Subsidio por Maternidad y del Subsidio de Lactancia, provendrá del porcentaje establecido en la partida destinada para pago de subsidios del Seguro Familiar de Salud (SFS), según lo previsto en el artículo 140 de la Ley 87-01, de fecha 9 de mayo del año 2001, modificado por el artículo 3 de la Ley 188-07, de fecha 9 de agosto del año 2007 y el artículo 30 de la Ley 397-19, de fecha 30 de septiembre del año 2019, y se ejecutará según las normas complementarias que definen los aspectos administrativos de lugar, establecidos por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.

PÁRRAFO I: Las partidas asignadas para el financiamiento de los subsidios provienen de un mismo origen por lo que se crearán sub-cuentas por especialización de recursos y por tipo de subsidio para el manejo de los mismos.

PÁRRAFO II: En caso del surgimiento de contingencias especiales se podrán realizar transferencias de fondos entre las cuentas asignadas para pagos de subsidios y/o modificar el porcentaje asignado a cada sub-cuenta.

ARTÍCULO 25. PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA DE LOS SUBSIDIOS DE MATERNIDAD Y LACTANCIA. Queda a cargo de la SISALRIL emitir a través de resoluciones administrativas los procedimientos que se consideren de lugar para garantizar el otorgamiento de los subsidios por maternidad y lactancia, y eficientizar las operaciones administrativas y financieras de estas prestaciones, así como los mecanismos de fiscalización y control, en caso de que los subrogue.

PÁRRAFO: Queda bajo la responsabilidad de la **SISALRIL** proveer e informar a los beneficiarios sobre los procedimientos para la reclamación de los Subsidios por Maternidad y Lactancia, en coordinación con la **DIDA**.

ARTÍCULO 26.- VIGENCIA Y PUBLICIDAD. - La presente **Normativa sobre los Subsidios por Maternidad y Lactancia** mantiene su vigencia conforme la aprobada mediante la **Resolución del CNSS No. 631-07, de fecha 26 de febrero de 2026,** la cual fue debidamente publicada.

Resolución No. 641-05: En la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, hoy día treinta (30) del mes de julio del año dos mil veintiséis (2026), el **Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS),** órgano superior del Sistema Dominicano de Seguridad Social, de conformidad con las disposiciones de la Ley No. 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: **Lic. Eddy Olivares Ortega, Lic. Ramón Efrén Cuello Madera, Dr. Víctor Atallah, Dr. José A. Matos, Sr. Élsido Antonio Díaz, Licda. Mercedes J. Ramírez Pérez, Lic. Héctor Valdéz Albizu, Licda. Clarissa De La Rocha, Dr. Luis Alberto Peña Núñez, Dra. Mercedes J. Ramírez Pérez, Sra. Rosalina Trueba, Sr. Luis Miura, Licda. Perla Contreras, Licda. Sandra Piña Fernández, Sr. Luis Roberto Despradel, Sr. Andrés Noboa, Sr. Pablo Martínez Martínez, Sra. Paola Teresa Montaño Agüero, Sr. Deogracia Peña Santos, Sra. Petra Leonora Hernández Hughes, Lic. Vicente De Jesús Díaz García, Licda. Josefina Alt. Ureña, Lic. Eduardo Hernández Pérez, Sra. María de los Santos, Sr. Jesús Antonio Frías, Licda. Belky A. Javier Moreno, Sra. Keyla Jiménez Vásquez, Sr. Bernardo Montero, Sr. Rafael Samuel Sena y el Lic. Miguel Víctor Lora Coradín, CON MOTIVO DEL RECURSO JERÁRQUICO DE APELACIÓN** recibido en la Gerencia General del CNSS en fecha 23 de octubre del 2012, incoado por la **Administradora de Riesgos de Salud del Colegio Médico Dominicano (ARS CMD)**, debidamente representada en ese momento, por la Dra. Amarilis Herrera Herrera, en calidad de Presidenta del CMD y la ARS CMD, dominicana, mayor de edad, portadora de la Cédula de Identidad y Electoral No. 001-1019812-4, entidad actualmente dirigida por el **Dr. Luis Peña Núñez**, en calidad de Presidente del CMD y la ARS CMD, por intermedio de su abogado constituido el **Dr. Ángel R. Veras Aybar**, en calidad de Asesor Jurídico de la ARS CMD, en contra de la Resolución Administrativa No. 00189-2012, de fecha 5 de octubre de 2012, que ordena el traspaso de los empleados públicos al Seguro Nacional de Salud (ARS SeNaSa) emitida por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

VISTA: La documentación que compone el presente expediente.

RESULTA: Que, en fecha 5 de octubre del 2012, la **SISALRIL** dictó la Resolución Administrativa No. 00189-2012, que ordena el traspaso de los empleados públicos al Seguro Nacional de Salud (ARS SeNaSa), la cual reza de la siguiente manera:

"**PRIMERO:** Se ordena a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y a la Empresa Procesadora de la Base de Datos EPBD-UNIPAGO, proceder al diseño, desarrollo, prueba y puesta en producción de los módulos de informática correspondientes, con el objeto de afiliar de manera automática al SEGURO NACIONAL DE SALUD (ARS SENASA), a todos los empleados públicos que, a partir del día primero (1°) del mes enero del año dos mil trece (2013), comiencen a cotizar por primera vez para la seguridad social, con excepción de los empleados de aquellas instituciones públicas que tienen ARS Autogestionada de Tipo Institucional y de aquellos empleados públicos que por su profesión u oficio se encuentren afiliados o tengan pendiente una solicitud de afiliación a favor de una ARS Autogestionada de Tipo Gremial. **Párrafo:** Los empleados públicos que formen parte de gremios que tengan ARS Autogestionada, podrán elegir al momento de empezar a cotizar para la seguridad social, entre el SEGURO NACIONAL DE SALUD (ARS SENASA) y la ARS Autogestionada que le corresponda, de acuerdo al gremio al que pertenezcan. Si el empleado público que se encuentre en esta situación no elige una de

estas dos ARS, el sistema lo afiliará automáticamente en el SEGURO NACIONAL DE SALUD (ARS SENASA), una vez el empleador haya realizado el primer pago a la Tesorería de la Seguridad Social. **SEGUNDO:** Se instruye a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y a la Empresa Procesadora de Base de Datos EPBD-UNIPAGO, proceder a realizar el traspaso, con efectividad a partir del día primero (1°) de enero del año 2013, de todos aquellos empleados públicos y sus dependientes, que tengan a la fecha de hoy o en lo adelante completen doce (12) cotizaciones continuas o dieciocho (18) discontinuas como afiliados en otras ARS, con excepción de aquellos empleados públicos que actualmente se encuentren afiliados en ARS Autogestionadas de tipo Institucional o Gremial. Para los afiliados que completen las cotizaciones antes indicadas a partir del mes de enero del año 2013, su traspaso se hará efectivo de forma automática el primer día hábil del mes siguiente y con un preaviso de 30 días a todas las partes. **Párrafo I:** De conformidad con lo establecido en el Artículo 31 de la Ley 87-01, los núcleos familiares cuyos conyugues laboren exclusivamente en el sector público no podrán afiliarse ni traspasarse a otra ARS diferente al SEGURO NACIONAL DE SALUD (ARS SENASA), con excepción de los empleados públicos de instituciones relacionadas a ARS Autogestionadas Institucionales o Gremiales. **Párrafo II**: Los afiliados que se traspasen de una ARS de Autogestión Gremial al SEGURO NACIONAL DE SALUD (ARS SENASA) sólo podrán traspasarse de nuevo a la ARS de Autogestión Gremial de origen, siempre que hayan cumplido con doce (12) cotizaciones continuas o dieciocho (18) discontinuas como afiliado al SEGURO NACIONAL DE SALUD (ARS SENASA). **TERCERO:** Se instruye a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y a la Empresa Procesadora de la Base de Datos EPBD-UNIPAGO proceder a realizar el traspaso a favor del SEGURO NACIONAL DE SALUD (ARS SENASA) de todos aquellos titulares y sus dependientes que comiencen a cotizar en una nómina del sector público y que se encuentren afiliados en otras ARS, siempre que hayan permanecido sin cotizar por un periodo igual o mayor a seis (6) meses. **CUARTO:** Los empleados que laboren en el sector público y en el sector privado simultáneamente, tendrán el derecho de elegir la ARS de su preferencia. En caso de que no elijan una ARS, dentro del término de diez (10) días del empleador haber realizado el primer pago, el sistema lo afiliará automáticamente en la ARS donde se encuentren la mayoría de los empleados de la empresa o institución donde devengue mayor salario, de conformidad con lo establecido por el Artículo 18, inciso 2, del Reglamento sobre Aspectos Generales de Afiliación al Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo. **Párrafo I:** En caso de que uno de los cónyuges labore en el sector público y el otro labore en el sector privado simultáneamente, si el núcleo familiar está afiliado al SEGURO NACIONAL DE SALUD (ARS SENASA) y ambos desean traspasarse a otra ARS, deben hacer un cambio de titularidad para que el cónyuge cotizante que trabaja en el sector privado se convierta en titular del núcleo familiar. **Párrafo II:** Cuando existe una solicitud de afiliación en estatus pendiente en una ARS diferente al SEGURO NACIONAL DE SALUD (ARS SENASA) y se recibe el pago de una cotización del ciudadano, si el pago proviene de un RNC del sector público, se afilia al SEGURO NACIONAL DE SALUD (ARS SENASA) y se aplica la baja en la otra ARS, con excepción de las solicitudes que provienen de ARS Autogestionadas Institucionales o Gremiales. **QUINTO:** En caso de fallecimiento del titular, divorcio o separación, el nuevo titular (antiguo cónyuge) si se encuentra laborando en el sector público exclusivamente, será traspasado automáticamente al SEGURO NACIONAL DE SALUD (ARS SENASA) cuando cumpla con doce (12) cotizaciones continuas o dieciocho (18) discontinuas afiliado en la ARS en que se encontraba al momento de producirse la ruptura del vínculo matrimonial. **SEXTO**: A partir de la fecha de publicación de la presente Resolución, se prohíbe el traspaso de los afiliados titulares que son empleados públicos, a cualquier otra ARS que no sea el Seguro Nacional de Salud (ARS

SENASA). **SÉPTIMO:** Se ordena la publicación de la presente resolución en un periódico de circulación nacional y en el Portal Web: www.sisalril.gov.do, para los fines legales correspondientes."

RESULTA: Que, al no estar de acuerdo con el contenido de la citada resolución, la ARS CMD interpuso formal Recurso de Apelación ante el CNSS, solicitando en su parte dispositiva lo siguiente: "*ÚNICO: Que sea modificada la Resolución No. 00189-2012 dictada por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) de fecha 05 de octubre del 2012, en la parte relativa a su numeral primero a fin de que se establezca, que los médicos que laboran en las instituciones públicas (MISPAS, IDSS, PATRONATOS y otras entidades estatales pasen a la ARS CMD, estableciendo además, que la puesta en práctica de la resolución a intervenir será ejecutada por la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y la empresa procesadora de la base de datos EPBD-UNIPAGO, recayendo también dicha decisión sobre todos los médicos activos y jubilados del sector estatal y para aquellos médicos que tengan o completen 12 cotizaciones contínuas o 18 discontínuas como afiliados en otras ARS.*"

RESULTA: Que, mediante la **Resolución del CNSS No. 303-06, de fecha 1° de noviembre de 2012**, se creó una Comisión Especial para conocer el presente Recurso de Apelación.

RESULTA: Que, a raíz del Recurso de Apelación y en virtud de lo que establece el Art. 24 de la Normativa de Normas y Procedimientos de Apelación ante el CNSS, mediante la Comunicación No. 1583, de fecha 7 de noviembre de 2012, se notificó a la **SISALRIL** la instancia contentiva del Recurso de Apelación, a los fines de producir su escrito de defensa.

RESULTA: Que, en fecha 4 de diciembre de 2012, este CNSS recibió el Escrito de Defensa por parte de la SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL), el cual en su parte conclusiva solicita lo siguiente: "*PRIMERO: Rechazar en cuanto al fondo, el recurso de apelación (recurso jerárquico) de fecha 23 de octubre del año 2012, interpuesto por la **ARS CMD**, por ante el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), contra la Resolución Administrativa No. 00189-2012, de fecha 5 de octubre del año 2012, dictada por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, por improcedente, mal fundado y carente de base legal, conforme a los motivos expuestos precedentemente. SEGUNDO: Declarar el procedimiento libre de costas*".

RESULTA: Que la Comisión Especial apoderada para conocer el presente recurso, luego del análisis del caso y la ponderación de los documentos aportados, elaboró el informe correspondiente, a fin de ser presentado al pleno del Consejo.

RESULTA: Que, en la Sesión Ordinaria del CNSS No. 323 celebrada el 15 de agosto de 2013 se conoció el informe presentado por la Comisión Especial, en el cual se solicitaba sobreseer el conocimiento del Recurso de Apelación hasta tanto el Tribunal Superior Administrativo emitiera su fallo, en cuanto a la acción de amparo de la cual se encontraba apoderada.

RESULTA: Que, en tal virtud, el CNSS emitió la **Resolución No. 323-05, de fecha 15 de agosto de 2013,** mediante la cual fue reenviada a la Comisión Especial designada mediante la Resolución del CNSS No. 304-02, de fecha 15 de noviembre de 2012, el informe presentado al Consejo, conjuntamente con otros dos casos relacionados al tema, para fines de estudio y revisión.

RESULTA: Que la Resolución de la SISALRIL No. 00189-2012, que ordena el traspaso de los empleados públicos al Seguro Nacional de Salud (ARS SeNaSa), a su vez fue atacada por la vía jurisdiccional por otras partes, entre ellos el Recurso Contencioso Administrativo de fecha 15 de febrero de 2019, ante el Tribunal Superior Administrativo (TSA), interpuesto por las razones sociales Administradora de Riesgos de Salud Primera, S.A. (Primera ARS), anteriormente Administradora de Riesgos de Salud Humano, S.A.. (ARS Humano) y la Administradora de Riesgos de Salud Monumental, S.A. (ARS Monumental), por lo cual, a los fines de evitar contradicción de fallos y economizar los recursos públicos, el CNSS determinó esperar la sentencia irrevocable del tribunal por ser el último intérprete de la legalidad de los acto administrativo, fundamentado en el Principio de Seguridad Jurídica y Coordinación Interinstitucional, conforme el artículo 138 de la Constitución y 12.4 de la Ley No. 247-12, Orgánica de la Administración Pública.

RESULTA: Que, en fecha 2 de julio de 2021, la Segunda Sala del Tribunal Superior Administrativo (TSA) emitió la Sentencia No. 0030-03-2021-SSEN-00319, cuya decisión, en síntesis, ordenó la suspensión de los efectos de la Resolución Administrativa núm. 00189-2012, de fecha 15 de octubre de 2012, emitida por la SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES(SISALRIL), así como toda actuación que haya sido ejercida o pretendan ejercer en el ámbito de la referida resolución, debiendo abstenerse de ejecutar cualquier disposición que tienda a afectar la libre competencia que debe imperar en el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

RESULTA: Que, en fecha 10 de julio de 2022, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales interpuso por ante la Suprema Corte de Justicia formal recurso de casación contra la Sentencia No. 0030-03-2021-SSEN-00319, de fecha 2 de julio de 2021, dictada por la Segunda Sala del Tribunal Superior Administrativo, a favor de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) Primera y Monumental.

RESULTA: Que, en ocasión del indicado recurso de casación, en fecha 13 de marzo de 2026, la Tercera Sala de la Suprema Corte de Justicia reunida en Cámara de Consejo después de deliberar dictó la Resolución No. 033-2026-SRES-00342, mediante la cual resuelve, lo siguiente: *"ÚNICO: Declara la perención del recurso de casación interpuesto por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (Sisalril) contra la sentencia núm. 0030-03-2022-SSEN-00319 de fecha 2 de julio de 2022 dictada por la Segunda Sala del Tribunal Superior Administrativo por los motivos antes expuestos",* adquiriendo por consecuencia la Sentencia No. 0030-03-2021-SSEN-00319, anteriormente descrita, los efectos de autoridad de cosa irrevocablemente juzgada.

RESULTA: Que, en este tenor, este Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) considera que se dispone de los insumos necesarios para decidir, sumado a que la representación de la SISALRIL en la reunión de la Comisión Especial apoderada celebrada en fecha 21 de julio de 2026 manifestó su desinterés en materializar una acción de revisión constitucional ante el Tribunal Constitucional en contra de la Resolución No. 033-2026-SRES-00342 de la Suprema Corte de Justicia anteriormente detallada.

VISTO: El resto de la documentación que componen el presente expediente.

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL, LUEGO DE ESTUDIAR Y

ANALIZAR EL RECURSO TIENE A BIEN EMITIR LA SIGUIENTE DECISIÓN:

CONSIDERANDO 1: Que, en la especie, el CNSS se encuentra apoderado de un Recurso de Apelación interpuesto por la **Administradora de Riesgos de Salud del Colegio Médico Dominicano (ARS CMD)** en contra de la Resolución Administrativa No. 00189-2012, que ordena el traspaso de los empleados públicos al Seguro Nacional de Salud (ARS SeNaSa), emitida en fecha 5 de octubre de 2012 por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

CONSIDERANDO 2: Que el **CNSS** es competente para conocer el presente Recurso de Apelación, en virtud de lo establecido en el artículo 22, liberal q), de la Ley No. 87-01 y el artículo 9 de la Normativa sobre Normas y Procedimientos para las Apelaciones por ante el CNSS.

CONSIDERANDO 3: Que la admisibilidad de un recurso no sólo está condicionada a que se interponga por ante la jurisdicción competente, sino que el mismo debe interponerse dentro de los plazos y formalidades que establece la ley de la materia. En ese sentido, es deber del **CNSS**, previo examen al fondo, determinar si el presente Recurso de Apelación cumple con las formalidades legales propias para determinar su admisibilidad.

CONSIDERANDO 4: Que, tal y como establece la Ley No. 87-01 en su artículo 21, las entidades que conforman el Sistema Dominicano de Seguridad Social mantienen dentro de su perfil ciertos deberes acordes con la especialización y separación de funciones que deben poner de manifiesto cada una.

CONSIDERANDO 5: Que, en el presente recurso de apelación la **Administradora de Riesgos de Salud del Colegio Médico Dominicano (ARS CMD)** solicita, en resumen, que sea modificado el numeral primero de la citada Resolución Administrativa de la SISALRIL No. 00189-2012, para que además del traspaso de los empleados públicos a la ARS SeNaSa, también se establezca la afiliación automática del gremio médico a la ARS del CMD.

CONSIDERANDO 6: Que la Resolución Administrativa de la SISALRIL No. 00189-2012, que ordena el traspaso de los empleados públicos al Seguro Nacional de Salud (ARS SeNaSa), fue objeto de varias acciones judiciales, entre estas un Recurso Contencioso Administrativo ante el Tribunal Superior Administrativo interpuesto por las razones sociales Administradora de Riesgos de Salud Primera, S.A. (Primera ARS), anteriormente Administradora de Riesgos de Salud Humano, S.A. (ARS Humano) y la Administradora de Riesgos de Salud Monumental, S.A. (ARS Monumental).

CONSIDERANDO 7: Que, en ese tenor, en fecha 2 de julio de 2021, la Segunda Sala del Tribunal Superior Administrativo (TSA) emitió la Sentencia No. 0030-03-2021-SSEN-00319; cuyo dispositivo reza de la manera siguiente: *"PRIMERO: DECLARA bueno y válido, en cuanto a la forma, el presente Recurso Contencioso Administrativo, de fecha 15 de febrero del año 2019, interpuesto por las razones sociales ADMINISTRADORA DE RIESGOS DE SALUD PRIMERA, S.A. (PRIMERA ARS), anteriormente ADMINISTRADORA DE RIESGOS DE SALUD HUMANO, SA., (ARS HUMANO) y la ADMINISTRADORA DE RIESGOS DE SALUD MONUMENTAL, SA. (ARS MONUMENTAL), por intermedio de sus abogados constituidos y apoderados especiales, Licdos. Reynaldo Ramos Morel y Eduardo Ramos E., contra de la Resolución Administrativa núm. 00189-2012, de fecha 15 de octubre del año 2012, emitida por la SUPERINTENDENCIA*

DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL); SEGUNDO: En cuanto al fondo, ACOGE el presente recurso contencioso administrativo, en consecuencia, ORDENA la suspensión de los efectos de la Resolución Administrativa núm. 00189-2012, de fecha 15 de octubre de 2012, emitida por la SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL), así como toda actuación que haya sido ejercida o pretendan ejercer en el ámbito de la referida resolución, debiendo abstenerse de ejecutar cualquier disposición que tienda a afectar la libre competencia que debe imperar en el Sistema Dominicano de Seguridad Social, por las razones expuestas en la parte considerativa de esta decisión; SEGUNDO: DECLARA el proceso libre del pago de las costas, de acuerdo con el artículo 38 de la Ley núm. 1494, de fecha 9 de agosto de 1947, que instituye la Jurisdicción Contencioso Administrativa; TERCERO: ORDENA la comunicación de la presente decisión, vía secretaría general, a las partes y a la PROCURADURIA GENERAL ADMINISTRATIVA, de acuerdo con los artículos 42 y 46 de la Ley núm. 1494, de fecha 9 de agosto de 1947, que instituye la Jurisdicción Contencioso-Administrativa; CUARTO: DISPONE que la presente Sentencia sea publicada en el Boletín del Tribunal Superior Administrativo, según el artículo 38 de la Ley núm. 1494, de fecha 09 de agosto de 1947, que instituye la Jurisdicción Contencioso-Administrativa".

CONSIDERANDO 8: Que, en fecha 10 de julio de 2022, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales interpuso por ante la Suprema Corte de Justicia formal recurso de casación contra la Sentencia No. 0030-03-2021-SSEN-00319, de fecha 2 de julio de 2021, dictada por la Segunda Sala del Tribunal Superior Administrativo.

CONSIDERANDO 9: Que, en ocasión del indicado recurso de casación, la Tercera Sala de la Suprema Corte de Justicia, reunida en Cámara de Consejo después de deliberar, dictó la Resolución No. 033-2026-SRES-00342, de fecha 13 de marzo de 2026, mediante la cual resuelve lo siguiente: *"ÚNICO: Declara la perención del recurso de casación interpuesto por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) contra la sentencia núm. 0030-03-2022-SSEN-00319 de fecha 2 de julio de 2022 dictada por la Segunda Sala del Tribunal Superior Administrativo por los motivos antes expuestos".*

CONSIDERANDO 10: Que, como consecuencia de lo establecido en el considerando anterior, la Sentencia No. 0030-03-2021-SSEN-00319, de fecha 2 de julio de 2021, dictada por la Segunda Sala del Tribunal Superior Administrativo, que dispuso la suspensión total y permanente de los efectos de la Resolución Administrativa No. 00189-2012, de fecha 15 de octubre de 2012, emitida por la SISALRIL, se mantiene plenamente vigente al haber sido declarado perimido el recurso de casación interpuesto en su contra, adquiriendo por consecuencia dicha sentencia los efectos de la autoridad de la cosa irrevocablemente juzgada, de conformidad con los principios de seguridad jurídica y de obligatoria de las decisiones judiciales definitivas.

CONSIDERANDO 11: Que, en virtud del principio de legalidad y del deber de sometimiento de la Administración Pública a las decisiones judiciales definitiva, reconocido por la Constitución de la República y la Ley No. 107-13, sobre los Derechos de las Personas en sus Relaciones con la Administración y de Procedimiento Administrativo, al encontrarse vigente la suspensión de los efectos de la citada Resolución Administrativa No. 00189-2012 y una prohibición expresa de ejecutar cualquier disposición que tienda afectar la libre competencia que debe imperar en el Sistema Dominicano de Seguridad Social y la libertad de elección de los afiliados, como consecuencia de una sentencia con la autoridad de la cosa irrevocablemente juzgada, el

CNSS mal obraría en modificar, reformar o decidir sobre lo mismo, razón por la cual, es de orden de derecho declarar la inadmisibilidad del recurso interpuesto por la **ARS CMD**, sin examen del fondo, por existir un impedimento jurídico que lo imposibilita válidamente de pronunciarse sobre la modificación solicitada.

CONSIDERANDO 12: Que, sobre la inadmisibilidad de los recursos, la Ley No. 834 del 15 de julio de 1978, que deroga y modifica ciertas disposiciones en materia de Procedimiento Civil, norma de derecho común aplicable con carácter supletorio en esta materia, establece en su artículo 44, en lo que respecta a la inadmisibilidad de los actos, lo siguiente: *"Constituye una inadmisibilidad todo medio que tienda a hacer declarar al adversario inadmisible en su demanda, sin examen al fondo, por falta de derecho para actuar, tal como la falta de calidad, la falta de interés, la prescripción, el plazo prefijado, la cosa juzgada".*

CONSIDERANDO 13: Que, por su parte, el Tribunal Constitucional (TC) en su Sentencia, TC/0072/13, de fecha 7 de mayo de 2013, establece como jurisprudencia constante que las causales de inadmisibilidad previstas en el texto citado anteriormente no son limitativas o taxativas, sino enunciativas, por lo que, pueden considerarse otras causas válidas, como es la falta de objeto.

CONSIDERANDO 14: Que, en virtud a lo antes expresado, este **CNSS** no se abocará a decidir el fondo del presente recurso por falta de objeto, tomando en cuenta lo establecido en el artículo 44 de la Ley No. 834 precedentemente citada.

CONSIDERANDO 15: Que, conforme a lo estipulado en el artículo 46 de la citada Ley No. 834, *"Las inadmisibilidades deben ser acogidas, sin que el que las invoca tenga que justificar un agravio y aun cuando la inadmisibilidad no resultare de ninguna disposición expresa".*

CONSIDERANDO 16: Que, por lo precedentemente expuesto, el **CNSS** atina que **procede declarar inadmisible**, sin examen al fondo, el presente **Recurso de Apelación,** interpuesto por la **Administradora de Riesgos de Salud del Colegio Médico Dominicano (ARS CMD)**, por carecer de objeto.

CONSIDERANDO 17: Que, en el marco del respeto al ordenamiento jurídico en su conjunto, la **Ley No. 107-13, sobre los Derechos de las Personas en sus Relaciones con la Administración y de Procedimiento Administrativo**, establece en su **artículo 3, numerales 1, 8 y 22**, dentro de los principios de la actuación administrativa, **el Principio de juridicidad,** "*En cuya virtud toda la actuación administrativa se somete plenamente al ordenamiento jurídico del Estado;* **Principio de seguridad jurídica, de previsibilidad y certeza normativa,** por los cuales "La Administración se somete al derecho vigente en cada momento, sin que pueda variar arbitrariamente las normas jurídicas y criterios administrativos" y el **Principio del Debido Proceso,** por el cual "*Las actuaciones administrativas se realizarán de acuerdo con las normas de procedimiento y competencia establecidas en la Constitución y las leyes, con plena garantía de los derechos de representación, defensa y contradicción".*

CONSIDERANDO 18: Que, en los casos en que una de las partes entienda que sus derechos han sido vulnerados o que no está de acuerdo con la decisión administrativa emanada por este **CNSS**, el afectado contará con la vía judicial correspondiente para recurrir la misma, en

cumplimiento a lo dispuesto en la Ley No. 107-13, así como, a lo establecido en el artículo 10 de la Normativa que establece las Normas y Procedimientos de las Apelaciones por ante el Consejo.

CONSIDERANDO 19: Que, a tales efectos, contra las decisiones emanadas por la **Administración Pública** se podrá interponer el **Recurso Contencioso Administrativo** en el plazo definido en el **artículo 5 de la Ley No. 13-07, que crea el Tribunal Contencioso Tributario y Administrativo,** que dispone lo siguiente: "El plazo para recurrir por ante el Tribunal Contencioso Tributario y Administrativo, será de treinta (30) días a contar del día en que el recurrente reciba la notificación del acto recurrido, o del día de publicación oficial del acto recurrido por la autoridad de que haya emanado (...)".

CONSIDERANDO 20: Que el **CNSS** tiene a su cargo la dirección y conducción del SDSS y como tal, es el responsable de establecer las políticas, regular el funcionamiento del Sistema y de sus instituciones, garantizar la extensión de cobertura, defender a los beneficiarios, así como, de velar por el desarrollo institucional, la integralidad de sus programas y el equilibrio financiero del Sistema, de acuerdo con lo establecido en el artículo 22, de la Ley 87-01.

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

RESUELVE:

PRIMERO: DECLARAR INADMISIBLE, por falta de objeto, sin examen al fondo, el **Recurso de Apelación** interpuesto por la **Administradora de Riesgos de Salud del Colegio Médico Dominicano (ARS CMD)** contra la **Resolución Administrativa No. 00189-2012, de fecha 5 de octubre de 2012**, emitida por la **Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL)**, por las razones y motivos indicados en el cuerpo de la presente resolución.

SEGUNDO: ORDENAR el archivo definitivo del expediente correspondiente al presente recurso.

TERCERO: INSTRUIR a la **Gerente General del CNSS** a notificar la presente resolución a la **ARS CMD,** a la **SISALRIL** y a las demás entidades del SDSS.

Resolución No. 641-06: En la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, hoy día treinta (30) del mes de julio del año dos mil veintiséis (2026), el **Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS),** órgano superior del Sistema Dominicano de Seguridad Social, de conformidad con las disposiciones de la Ley No. 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: **Lic. Eddy Olivares Ortega, Lic. Ramón Efrén Cuello Madera, Dr. Víctor Atallah, Dr. José A. Matos, Sr. Élsido Antonio Díaz, Licda. Mercedes J. Ramírez Pérez, Lic. Héctor Valdéz Albizu, Licda. Clarissa De La Rocha, Dr. Luis Alberto Peña Núñez, Dra. Mercedes J. Ramírez Pérez, Sra. Rosalina Trueba, Sr. Luis Miura, Licda. Perla Contreras, Licda. Sandra Piña Fernández, Sr. Luis Roberto Despradel, Sr. Andrés Noboa, Sr. Pablo Martínez Martínez, Sra. Paola Teresa Montaño Agüero, Sr. Deogracia Peña Santos, Sra. Petra Leonora Hernández Hughes, Lic. Vicente De Jesús Díaz García, Licda. Josefina Alt. Ureña, Lic. Eduardo Hernández Pérez, Sra. María de los Santos,**

Sr. Jesús Antonio Frías, Licda. Belky A. Javier Moreno, Sra. Keyla Jiménez Vásquez, Sr. Bernardo Montero, Sr. Rafael Samuel Sena y el Lic. Miguel Víctor Lora Coradín, CON MOTIVO DEL RECURSO JERÁRQUICO DE APELACIÓN recibido en la Gerencia General del CNSS en fecha 31 de octubre del 2012, incoado por la señora **Silvia Reyes Jiménez y compartes, en su calidad de empleados de los Ayuntamientos de Boca Chica, Distrito Municipal de La Victoria y San Antonio de Guerra**, dominicana, mayor de edad, portadora de la Cédula de Identidad y Electoral No. 226-0001636-8, domiciliada y residente en esta ciudad, por intermedio de sus abogados constituidos y apoderados especiales los **Licdos. Claudio Stephen, Napoleón R. Estévez Lavandier y Jonathan A. Peralta Peña**, dominicanos, mayores de edad, titulares de las cédulas de Identidad y electoral Nos. 001-1202355-1, 001-0914450-1 y 001-1510959-7, respectivamente, en contra de la Resolución No. 00189-2012, de fecha 5 de octubre de 2012, emitida por la Superintendencia de Salud y Riesgos de Salud (SISALRIL), que ordena el traspaso de los empleados públicos al Seguro Nacional de Salud (ARS SeNaSa).

VISTA: La documentación que compone el presente expediente.

RESULTA: Que, en fecha 5 de octubre del 2012, la **SISALRIL** dictó la Resolución Administrativa No. 00189-2012, que ordena el traspaso de los empleados públicos al Seguro Nacional de Salud (ARS SeNaSa), la cual reza de la siguiente manera:

"**PRIMERO:** Se ordena a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y a la Empresa Procesadora de la Base de Datos EPBD-UNIPAGO, proceder al diseño, desarrollo, prueba y puesta en producción de los módulos de informática correspondientes, con el objeto de afiliar de manera automática al SEGURO NACIONAL DE SALUD (ARS SENASA), a todos los empleados públicos que, a partir del día primero (1°) del mes enero del año dos mil trece (2013), comiencen a cotizar por primera vez para la seguridad social, con excepción de los empleados de aquellas instituciones públicas que tienen ARS Autogestionada de Tipo Institucional y de aquellos empleados públicos que por su profesión u oficio se encuentren afiliados o tengan pendiente una solicitud de afiliación a favor de una ARS Autogestionada de Tipo Gremial. **Párrafo:** Los empleados públicos que formen parte de gremios que tengan ARS Autogestionada, podrán elegir al momento de empezar a cotizar para la seguridad social, entre el SEGURO NACIONAL DE SALUD (ARS SENASA) y la ARS Autogestionada que le corresponda, de acuerdo al gremio al que pertenezcan. Si el empleado público que se encuentre en esta situación no elige una de estas dos ARS, el sistema lo afiliará automáticamente en el SEGURO NACIONAL DE SALUD (ARS SENASA), una vez el empleador haya realizado el primer pago a la Tesorería de la Seguridad Social. **SEGUNDO:** Se instruye a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y a la Empresa Procesadora de Base de Datos EPBD-UNIPAGO, proceder a realizar el traspaso, con efectividad a partir del día primero (1°) de enero del año 2013, de todos aquellos empleados públicos y sus dependientes, que tengan a la fecha de hoy o en lo adelante completen doce (12) cotizaciones continuas o dieciocho (18) discontinuas como afiliados en otras ARS, con excepción de aquellos empleados públicos que actualmente se encuentren afiliados en ARS Autogestionadas de tipo Institucional o Gremial. Para los afiliados que completen las cotizaciones antes indicadas a partir del mes de enero del año 2013, su traspaso se hará efectivo de forma automática el primer día hábil del mes siguiente y con un preaviso de 30 días a todas las partes. **Párrafo I:** De conformidad con lo establecido en el Artículo 31 de la Ley 87-01, los núcleos familiares cuyos conyugues laboren exclusivamente en el sector público no podrán afiliarse ni traspasarse a otra ARS diferente al SEGURO NACIONAL DE SALUD (ARS SENASA), con

excepción de los empleados públicos de instituciones relacionadas a ARS Autogestionadas Institucionales o Gremiales. **Párrafo II**: Los afiliados que se traspasen de una ARS de Autogestión Gremial al SEGURO NACIONAL DE SALUD (ARS SENASA) sólo podrán traspasarse de nuevo a la ARS de Autogestión Gremial de origen, siempre que hayan cumplido con doce (12) cotizaciones continuas o dieciocho (18) discontinuas como afiliado al SEGURO NACIONAL DE SALUD (ARS SENASA). **TERCERO:** Se instruye a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y a la Empresa Procesadora de la Base de Datos EPBD-UNIPAGO proceder a realizar el traspaso a favor del SEGURO NACIONAL DE SALUD (ARS SENASA) de todos aquellos titulares y sus dependientes que comiencen a cotizar en una nómina del sector público y que se encuentren afiliados en otras ARS, siempre que hayan permanecido sin cotizar por un periodo igual o mayor a seis (6) meses. **CUARTO:** Los empleados que laboren en el sector público y en el sector privado simultáneamente, tendrán el derecho de elegir la ARS de su preferencia. En caso de que no elijan una ARS, dentro del término de diez (10) días del empleador haber realizado el primer pago, el sistema lo afiliará automáticamente en la ARS donde se encuentren la mayoría de los empleados de la empresa o institución donde devengue mayor salario, de conformidad con lo establecido por el Artículo 18, inciso 2, del Reglamento sobre Aspectos Generales de Afiliación al Seguro Familiar de Salud del Régimen Contributivo. **Párrafo I:** En caso de que uno de los cónyuges labore en el sector público y el otro labore en el sector privado simultáneamente, si el núcleo familiar está afiliado al SEGURO NACIONAL DE SALUD (ARS SENASA) y ambos desean traspasarse a otra ARS, deben hacer un cambio de titularidad para que el cónyuge cotizante que trabaja en el sector privado se convierta en titular del núcleo familiar. **Párrafo II:** Cuando existe una solicitud de afiliación en estatus pendiente en una ARS diferente al SEGURO NACIONAL DE SALUD (ARS SENASA) y se recibe el pago de una cotización del ciudadano, si el pago proviene de un RNC del sector público, se afilia al SEGURO NACIONAL DE SALUD (ARS SENASA) y se aplica la baja en la otra ARS, con excepción de las solicitudes que provienen de ARS Autogestionadas Institucionales o Gremiales. **QUINTO:** En caso de fallecimiento del titular, divorcio o separación, el nuevo titular (antiguo cónyuge) si se encuentra laborando en el sector público exclusivamente, será traspasado automáticamente al SEGURO NACIONAL DE SALUD (ARS SENASA) cuando cumpla con doce (12) cotizaciones continuas o dieciocho (18) discontinuas afiliado en la ARS en que se encontraba al momento de producirse la ruptura del vínculo matrimonial. **SEXTO**: A partir de la fecha de publicación de la presente Resolución, se prohíbe el traspaso de los afiliados titulares que son empleados públicos, a cualquier otra ARS que no sea el Seguro Nacional de Salud (ARS SENASA). **SEPTIMO:** Se ordena la publicación de la presente resolución en un periódico de circulación nacional y en el Portal Web: www.sisalril.gov.do, para los fines legales correspondientes."

RESULTA: Que, al no estar de acuerdo con el contenido de la citada resolución, la señora Silvia Reyes Jiménez y compartes, en su calidades de empleados de los Ayuntamientos de Boca Chica, Distrito Municipal de La Victoria y San Antonio de Guerra, por intermedio de sus abogados constituidos, interpusieron formal Recurso de Apelación ante el CNSS, solicitando en su parte dispositiva los siguiente: *"PRIMERO: Declarar regular y válido en la forma el presente Recurso de Apelación, por haber sido interpuesto en la forma y plazo previsto en las disposiciones legales y reglamentarias que rigen la materia; SEGUNDO: Revocar y/o anular la Resolución Administrativa No. 00189-2012, que ordena el traspaso de empleados públicos al Seguro Nacional de Salud (ARS SeNaSa), dictada por la SISALRIL en fecha 5 de octubre de 2012, en razón de los motivos que sustentan el presente recurso".*

RESULTA: Que, mediante la **Resolución del CNSS No. 304-02, de fecha 15 de noviembre del 2012,** se remitió a la Comisión Especial creada mediante Resolución No. 303-06, de fecha 1° de noviembre de 2012, el conocimiento del presente Recurso de Apelación.

RESULTA: Que, a raíz del Recurso de Apelación y en virtud de lo que establece el Art. 24 de la Normativa de Normas y Procedimientos de Apelación ante el CNSS, mediante la Comunicación No. 01653, de fecha 19 de noviembre del 2012, se notificó a la **SISALRIL** la instancia contentiva del Recurso de Apelación, a los fines de producir su escrito de defensa.

RESULTA: Que, en fecha 3 de diciembre de 2012, este CNSS recibió el Escrito de Defensa por parte de la SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL), el cual en su parte conclusiva solicita lo siguiente: *"PRIMERO: Rechazar en cuanto al fondo, el recurso de apelación (recurso jerárquico) de fecha 31 de octubre del año 2012, incoado por la señora SILVIA REYES JIMENEZ Y COMPARTES, en su calidad de empleados de los Ayuntamientos de Boca Chica, del Distrito Municipal de la Victoria y del Municipio de San Antonio de Guerra, por ante el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), contra la Resolución Administrativa No. 00189-2012, de fecha 5 de octubre del año 2012, dictada por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, por improcedente, mal fundado y carente de base legal, conforme a los motivos expuestos precedentemente. SEGUNDO: Declarar el procedimiento libre de costas".*

RESULTA: Que la Comisión Especial apoderada para conocer el presente recurso, luego del análisis del caso y la ponderación de los documentos aportados, elaboró el informe correspondiente, a fin de ser presentado al pleno del Consejo.

RESULTA: Que, en la Sesión Ordinaria del CNSS No. 323 celebrada el 15 de agosto de 2013, se conoció el informe presentado por la Comisión Especial, en el cual se solicitaba sobreseer el conocimiento del Recurso de Apelación hasta tanto el Tribunal Superior Administrativo emitiera su fallo, en cuanto a la acción de amparo de la cual se encontraba apoderada.

RESULTA: Que, en tal virtud, el CNSS emitió la **Resolución No. 323-05, de fecha 15 de agosto de 2013,** mediante la cual fue reenviada a la Comisión Especial designada mediante la Resolución del CNSS No. 304-02, de fecha 15 de noviembre de 2012, el informe presentado al Consejo, conjuntamente con otros dos casos relacionados al tema, para fines de estudio y revisión.

RESULTA: Que la Resolución de la SISALRIL No. 00189-2012, que ordena el traspaso de los empleados públicos al Seguro Nacional de Salud (ARS SeNaSa), a su vez fue atacada por la vía jurisdiccional por otras partes, entre ellos el Recurso Contencioso Administrativo de fecha 15 de febrero de 2019, ante el Tribunal Superior Administrativo (TSA), interpuesto por las razones sociales Administradora de Riesgos de Salud Primera, S.A. (Primera ARS), anteriormente Administradora de Riesgos de Salud Humano, S.A.. (ARS Humano) y la Administradora de Riesgos de Salud Monumental, S.A. (ARS Monumental), por lo cual, a los fines de evitar contradicción de fallos y economizar los recursos públicos, el CNSS determinó esperar la sentencia irrevocable del tribunal por ser el último intérprete de la legalidad de los acto administrativo, fundamentado en el Principio de Seguridad Jurídica y Coordinación

Interinstitucional, conforme el artículo 138 de la Constitución y 12.4 de la Ley No. 247-12, Orgánica de la Administración Pública.

RESULTA: Que, en fecha 2 de julio de 2021, la Segunda Sala del Tribunal Superior Administrativo (TSA) emitió la Sentencia No. 0030-03-2021-SSEN-00319, cuya decisión, en síntesis, ordenó la suspensión de los efectos de la Resolución Administrativa núm. 00189-2012, de fecha 15 de octubre de 2012, emitida por la SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL), así como toda actuación que haya sido ejercida o pretendan ejercer en el ámbito de la referida resolución, debiendo abstenerse de ejecutar cualquier disposición que tienda a afectar la libre competencia que debe imperar en el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

RESULTA: Que, en fecha 10 de julio de 2022, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales interpuso por ante la Suprema Corte de Justicia formal recurso de casación contra la Sentencia No. 0030-03-2021-SSEN-00319, de fecha 2 de julio de 2021, dictada por la Segunda Sala del Tribunal Superior Administrativo, a favor de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) Primera y Monumental.

RESULTA: Que, en ocasión del indicado recurso de casación, en fecha 13 de marzo de 2026, la Tercera Sala de la Suprema Corte de Justicia reunida en Cámara de Consejo después de deliberar dictó la Resolución No. 033-2026-SRES-00342, mediante la cual resuelve, lo siguiente: *"ÚNICO: Declara la perención del recurso de casación interpuesto por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) contra la sentencia núm. 0030-03-2022-SSEN-00319 de fecha 2 de julio de 2022 dictada por la Segunda Sala del Tribunal Superior Administrativo por los motivos antes expuestos",* adquiriendo por consecuencia la Sentencia No. 0030-03-2021-SSEN-00319, anteriormente descrita, los efectos de autoridad de cosa irrevocablemente juzgada.

RESULTA: Que, en este tenor, este Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) considera que se dispone de los insumos necesarios para decidir, sumado a que la representación de la SISALRIL en la reunión de la Comisión Especial apoderada celebrada en fecha 21 de julio de 2026 manifestó su desinterés en materializar una acción de revisión constitucional ante el Tribunal Constitucional en contra de la Resolución No. 033-2026-SRES-00342 de la Suprema Corte de Justicia anteriormente detallada.

VISTO: El resto de la documentación que componen el presente expediente.

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL, LUEGO DE ESTUDIAR Y ANALIZAR EL RECURSO TIENE A BIEN EMITIR LA SIGUIENTE DECISIÓN:

CONSIDERANDO 1: Que, en la especie, el CNSS se encuentra apoderado de un Recurso de Apelación interpuesto por la **señora Silvia Reyes Jiménez y compartes, en su calidad de empleados de los Ayuntamientos de Boca Chica, Distrito Municipal de La Victoria y San Antonio de Guerra**, en contra de la Resolución Administrativa No. 00189-2012, que ordena el traspaso de los empleados públicos al Seguro Nacional de Salud (ARS SeNaSa), emitida en fecha 5 de octubre de 2012 por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL).

CONSIDERANDO 2: Que el **CNSS** es competente para conocer el presente Recurso de Apelación, en virtud de lo establecido en el artículo 22, liberal q), de la Ley No. 87-01 y el artículo 9 de la Normativa sobre Normas y Procedimientos para las Apelaciones por ante el CNSS.

CONSIDERANDO 3: Que la admisibilidad de un recurso no sólo está condicionada a que se interponga por ante la jurisdicción competente, sino que el mismo debe interponerse dentro de los plazos y formalidades que establece la ley de la materia. En ese sentido, es deber del **CNSS**, previo examen al fondo, determinar si el presente Recurso de Apelación cumple con las formalidades legales propias para determinar su admisibilidad.

CONSIDERANDO 4: Que tal y como establece la Ley No. 87-01 en su artículo 21, las entidades que conforman el Sistema Dominicano de Seguridad Social mantienen dentro de su perfil ciertos deberes acordes con la especialización y separación de funciones que deben poner de manifiesto cada una.

CONSIDERANDO 5: Que en el presente recurso de apelación la **señora Silvia Reyes Jiménez y compartes, en su calidad de empleados de los Ayuntamientos de Boca Chica, Distrito Municipal de La Victoria y San Antonio de Guerra,** solicitan, en resumen, que sea revocada y/o anulada la Resolución Administrativa No. 00189-2012, que ordena el traspaso de empleados públicos al Seguro Nacional de Salud (ARS SeNaSa), dictada por la SISALRIL.

CONSIDERANDO 6: Que la Resolución Administrativa de la SISALRIL No. 00189-2012, que ordena el traspaso de los empleados públicos al Seguro Nacional de Salud (ARS SeNaSa), fue objeto de varias acciones judiciales, entre estas un Recurso Contencioso Administrativo ante el Tribunal Superior Administrativo interpuesto por las razones sociales Administradora de Riesgos de Salud Primera, S.A. (Primera ARS), anteriormente Administradora de Riesgos de Salud Humano, S.A. (ARS Humano) y la Administradora de Riesgos de Salud Monumental, S.A. (ARS Monumental).

CONSIDERANDO 7: Que, en ese tenor, en fecha 2 de julio de 2021, la Segunda Sala del Tribunal Superior Administrativo (TSA) emitió la Sentencia No. 0030-03-2021-SSEN-00319; cuyo dispositivo reza de la manera siguiente: *"PRIMERO: DECLARA bueno y válido, en cuanto a la forma, el presente Recurso Contencioso Administrativo, de fecha 15 de febrero del año 2019, interpuesto por las razones sociales ADMINISTRADORA DE RIESGOS DE SALUD PRIMERA, S.A. (PRIMERA ARS), anteriormente ADMINISTRADORA DE RIESGOS DE SALUD HUMANO, SA., (ARS HUMANO) y la ADMINISTRADORA DE RIESGOS DE SALUD MONUMENTAL, SA. (ARS MONUMENTAL), por intermedio de sus abogados constituidos y apoderados especiales, Licdos. Reynaldo Ramos Morel y Eduardo Ramos E., contra de la Resolución Administrativa núm. 00189-2012, de fecha 15 de octubre del año 2012, emitida por la SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL); SEGUNDO: En cuanto al fondo, ACOGE el presente recurso contencioso administrativo, en consecuencia, ORDENA la suspensión de los efectos de la Resolución Administrativa núm. 00189-2012, de fecha 15 de octubre de 2012, emitida por la SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES(SISALRIL), así como toda actuación que haya sido ejercida o pretendan ejercer en el ámbito de la referida resolución, debiendo abstenerse de ejecutar cualquier disposición que tienda a afectar la libre competencia que debe imperar en el Sistema Dominicano de Seguridad Social, por las razones expuestas en la parte considerativa de esta decisión; SEGUNDO: DECLARA el proceso libre del*

pago de las costas, de acuerdo con el artículo 38 de la Ley núm. 1494, de fecha 9 de agosto de 1947, que instituye la Jurisdicción Contencioso Administrativa; TERCERO: ORDENA la comunicación de la presente decisión, vía secretaría general, a las partes y a la PROCURADURIA GENERAL ADMINISTRATIVA, de acuerdo con los artículos 42 y 46 de la Ley núm. 1494, de fecha 9 de agosto de 1947, que instituye la Jurisdicción Contencioso-Administrativa; CUARTO: DISPONE que la presente Sentencia sea publicada en el Boletín del Tribunal Superior Administrativo, según el artículo 38 de la Ley núm. 1494, de fecha 09 de agosto de 1947, que instituye la Jurisdicción Contencioso-Administrativa".

CONSIDERANDO 8: Que, en fecha 10 de julio de 2022, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales interpuso por ante la Suprema Corte de Justicia formal recurso de casación contra la Sentencia No. 0030-03-2021-SSEN-00319, de fecha 2 de julio de 2021, dictada por la Segunda Sala del Tribunal Superior Administrativo.

CONSIDERANDO 9: Que, en ocasión del indicado recurso de casación, la Tercera Sala de la Suprema Corte de Justicia, reunida en Cámara de Consejo después de deliberar, dictó la Resolución No. 033-2026-SRES-00342, de fecha 13 de marzo de 2026, mediante la cual resuelve lo siguiente: *"ÚNICO: Declara la perención del recurso de casación interpuesto por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (Sisalril) contra la sentencia núm. 0030-03-2022-SSEN-00319 de fecha 2 de julio de 2022 dictada por la Segunda Sala del Tribunal Superior Administrativo por los motivos antes expuestos".*

CONSIDERANDO 10: Que, como consecuencia de lo establecido en el considerando anterior, la Sentencia No. 0030-03-2021-SSEN-00319, de fecha 2 de julio de 2021, dictada por la Segunda Sala del Tribunal Superior Administrativo, que dispuso la suspensión total y permanente de los efectos de la Resolución Administrativa No. 00189-2012, de fecha 15 de octubre de 2012, emitida por la SISALRIL, se mantiene plenamente vigente al haber sido declarado perimido el recurso de casación interpuesto en su contra, adquiriendo por consecuencia dicha sentencia los efectos de la autoridad de la cosa irrevocablemente juzgada, de conformidad con los principios de seguridad jurídica y de obligatoria de las decisiones judiciales definitivas.

CONSIDERANDO 11: Que, en virtud del principio de legalidad y del deber de sometimiento de la Administración Pública a las decisiones judiciales definitiva, reconocido por la Constitución de la República y la Ley No. 107-13, sobre los Derechos de las Personas en sus Relaciones con la Administración y de Procedimiento Administrativo, al encontrarse vigente la suspensión de los efectos de la citada Resolución Administrativa No. 00189-2012 y una prohibición expresa de ejecutar cualquier disposición que tienda afectar la libre competencia que debe imperar en el Sistema Dominicano de Seguridad Social y la libertad de elección de los afiliados, como consecuencia de una sentencia con la autoridad de la cosa irrevocablemente juzgada, el CNSS mal obraría en modificar, reformar o decidir sobre lo mismo, razón por la cual, es de orden de derecho declarar la inadmisibilidad del recurso interpuesto por la **señora Silvia Reyes Jiménez y compartes, en su calidad de empleados de los Ayuntamientos de Boca Chica, Distrito Municipal de La Victoria y San Antonio de Guerra**, sin examen del fondo, por existir un impedimento jurídico que lo imposibilita válidamente de pronunciarse sobre la modificación solicitada, sumado a que el fin perseguido por las partes recurrentes es cónsono con la decisión judicial.

CONSIDERANDO 12: Que, sobre la inadmisibilidad de los recursos, la Ley No. 834 del 15 de julio de 1978, que deroga y modifica ciertas disposiciones en materia de Procedimiento Civil, norma de derecho común aplicable con carácter supletorio en esta materia, establece en su artículo 44, en lo que respecta a la inadmisibilidad de los actos, lo siguiente: *"Constituye una inadmisibilidad todo medio que tienda a hacer declarar al adversario inadmisible en su demanda, sin examen al fondo, por falta de derecho para actuar, tal como la falta de calidad, la falta de interés, la prescripción, el plazo prefijado, la cosa juzgada".*

CONSIDERANDO 13: Que, por su parte, el Tribunal Constitucional (TC) en su Sentencia, TC/0072/13, de fecha 7 de mayo de 2013, establece como jurisprudencia constante que las causales de inadmisibilidad previstas en el texto citado anteriormente no son limitativas o taxativas, sino enunciativas, por lo que, pueden considerarse otras causas válidas, como es la falta de objeto.

CONSIDERANDO 14: Que, en virtud a lo antes expresado, este **CNSS** no se abocará a decidir el fondo del presente recurso por falta de objeto, tomando en cuenta lo establecido en el artículo 44 de la Ley No. 834 precedentemente citada.

CONSIDERANDO 15: Que, conforme a lo estipulado en el artículo 46 de la citada Ley No. 834, *"Las inadmisibilidades deben ser acogidas, sin que el que las invoca tenga que justificar un agravio y aun cuando la inadmisibilidad no resultare de ninguna disposición expresa".*

CONSIDERANDO 16: Que, por lo precedentemente expuesto, el **CNSS** atina que **procede declarar inadmisible**, sin examen al fondo, el presente **Recurso de Apelación,** interpuesto por la **señora Silvia Reyes Jiménez y compartes, en su calidad de empleados de los Ayuntamientos de Boca Chica, Distrito Municipal de La Victoria y San Antonio de Guerra**, por carecer de objeto.

CONSIDERANDO 17: Que, en el marco del respeto al ordenamiento jurídico en su conjunto, la **Ley No. 107-13, sobre los Derechos de las Personas en sus Relaciones con la Administración y de Procedimiento Administrativo**, establece en su **artículo 3, numerales 1, 8 y 22**, dentro de los principios de la actuación administrativa, **el Principio de juridicidad,** "*En cuya virtud toda la actuación administrativa se somete plenamente al ordenamiento jurídico del Estado;* **Principio de seguridad jurídica, de previsibilidad y certeza normativa,** por los cuales "La Administración se somete al derecho vigente en cada momento, sin que pueda variar arbitrariamente las normas jurídicas y criterios administrativos" y el **Principio del Debido Proceso,** por el cual "*Las actuaciones administrativas se realizarán de acuerdo con las normas de procedimiento y competencia establecidas en la Constitución y las leyes, con plena garantía de los derechos de representación, defensa y contradicción".*

CONSIDERANDO 18: Que, en los casos en que una de las partes entienda que sus derechos han sido vulnerados o que no está de acuerdo con la decisión administrativa emanada por este **CNSS**, el afectado contará con la vía judicial correspondiente para recurrir la misma, en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley No. 107-13, así como, a lo establecido en el artículo 10 de la Normativa que establece las Normas y Procedimientos de las Apelaciones por ante el Consejo.

CONSIDERANDO 19: Que, a tales efectos, contra las decisiones emanadas por la **Administración Pública** se podrá interponer el **Recurso Contencioso Administrativo** en el plazo definido en el **artículo 5 de la Ley No. 13-07, que crea el Tribunal Contencioso Tributario y Administrativo,** que dispone lo siguiente: "El plazo para recurrir por ante el Tribunal Contencioso Tributario y Administrativo, será de treinta (30) días a contar del día en que el recurrente reciba la notificación del acto recurrido, o del día de publicación oficial del acto recurrido por la autoridad de que haya emanado (...)".

CONSIDERANDO 20: Que el **CNSS** tiene a su cargo la dirección y conducción del SDSS y como tal, es el responsable de establecer las políticas, regular el funcionamiento del Sistema y de sus instituciones, garantizar la extensión de cobertura, defender a los beneficiarios, así como, de velar por el desarrollo institucional, la integralidad de sus programas y el equilibrio financiero del Sistema, de acuerdo con lo establecido en el artículo 22 de la Ley No. 87-01.

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL (CNSS), por autoridad de la Ley No. 87-01 y sus normas complementarias y en mérito a lo establecido anteriormente:

RESUELVE:

PRIMERO: DECLARAR INADMISIBLE, por falta de objeto, sin examen al fondo, el **Recurso de Apelación** interpuesto por la **señora Silvia Reyes Jiménez y compartes, en su calidad de empleados de los Ayuntamientos de Boca Chica, Distrito Municipal de La Victoria y San Antonio de Guerra,** contra la **Resolución Administrativa No. 00189-2012, de fecha 5 de octubre de 2012,** emitida por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), por las razones y motivos indicados en el cuerpo de la presente resolución.

SEGUNDO: ORDENAR el archivo definitivo del expediente correspondiente al presente recurso.

TERCERO: INSTRUIR a la **Gerente General del CNSS** a notificar la presente resolución a los representantes de la **señora Silvia Reyes Jiménez y compartes, en su calidad de empleados de los Ayuntamientos de Boca Chica, Distrito Municipal de La Victoria y San Antonio de Guerra,** a la **SISALRIL** y a las demás entidades del SDSS.

Resolución No. 641-07: En la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, hoy día treinta (30) del mes de julio del año dos mil veintiséis (2026), el **Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS),** órgano superior del Sistema Dominicano de Seguridad Social, de conformidad con las disposiciones de la Ley No. 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: **Lic. Eddy Olivares Ortega, Lic. Ramón Efrén Cuello Madera, Dr. Víctor Atallah, Dr. José A. Matos, Sr. Élsido Antonio Díaz, Licda. Mercedes J. Ramírez Pérez, Lic. Héctor Valdéz Albizu, Licda. Clarissa De La Rocha, Dr. Luis Alberto Peña Núñez, Dra. Mercedes J. Ramírez Pérez, Sra. Rosalina Trueba, Sr. Luis Miura, Licda. Perla Contreras, Licda. Sandra Piña Fernández, Sr. Luis Roberto Despradel, Sr. Andrés Noboa, Sr. Pablo Martínez Martínez, Sra. Paola Teresa Montaño Agüero, Sr. Deogracia Peña Santos, Sra. Petra Leonora Hernández Hughes, Lic. Vicente De Jesús Díaz**

García, Licda. Josefina Alt. Ureña, Lic. Eduardo Hernández Pérez, Sra. María de los Santos, Sr. Jesús Antonio Frías, Licda. Belky A. Javier Moreno, Sra. Keyla Jiménez Vásquez, Sr. Bernardo Montero, Sr. Rafael Samuel Sena y el Lic. Miguel Víctor Lora Coradín, CON MOTIVO DEL RECURSO JERÁRQUICO DE APELACIÓN recibido en el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), en fecha 25 de marzo de 2026, incoado por la razón social **ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES POPULAR, S. A., (AFP POPULAR),** sociedad comercial organizada y existente de conformidad con las leyes de la República Dominicana, con su RNC No. 1-01-76868-1, con su domicilio y asiento social en la Avenida Abraham Lincoln No. 702 esquina calle Andrés Julio Aybar, Edificio AFP Popular, Ensanche Piantini, Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, D. N. Debidamente representada el Vicepresidente del Área de Finanzas y Operaciones, el señor **Luis J. Jiménez**, dominicano, mayor de edad, portador de la cédula de identidad y electoral No. 001-1104863-3, domiciliado y residente en esta ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, República Dominicana; entidad que tiene como abogado constituido y apoderado especial según Poder de fecha 16 de marzo de 2026, al **Lic. José Javier Ruiz Pérez**, dominicano, mayor de edad, casado, portador de la cédula de identidad y electoral No. 001-0097316-3, con estudio profesional abierto en la calle Agustín Lara No. 7, tercer piso, del Ens. Piantini de esta ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, Tel. 809-565-2445, correo: jjruiz@ruiztejada.do; lugar donde hace elección de domicilio para los fines y consecuencias de la presente actuación; y la **ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES SIEMBRA, S. A., (AFP SIEMBRA)** sociedad comercial constituida y organizada de conformidad con las leyes de la República Dominicana, con RNC No. 1- 0178432-6, con domicilio social establecido en la calle Virgilio Díaz Ordóñez, esquina Gustavo Mejía Ricart, Primer Piso, Edificio Mezzo Tempo, en el Ensanche Evaristo Morales, de esta ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional, la cual se encuentra debidamente representada por su Vicepresidente Ejecutivo, el señor **Alvin Martínez Llibre**, dominicano, mayor de edad, portador de la cédula de identidad y electoral No. 001-1208455-3, domiciliado y residente en esta ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional; Entidades que tienen como abogados constituidos y apoderados especiales, según poder especial de fecha 24 de marzo de 2026, a los **Licdos. Jesús Enrique Sánchez Ramírez, Yoelis Alberto Almonte Alcántara y César Joel Linares Rodríguez**, dominicanos, mayores de edad, portadores de las cédulas de identidad y electoral Nos. 402-2223850-9, 402-2841147-2 y 001-1204916-8, respectivamente, con estudio profesional abierto en Edificio Centre One, 6° piso sito en la calle Luis Schéker No. 39, esquina calle Mustafá Kemal Atartuk del Ens. Naco de esta ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, Correos: Gsanchez@lmv.com.do; yalmonte@lmv.com.do y clinares@lmv.com.do); contra la **Resolución No. 508-26, de fecha 26 de febrero de 2026**, emitida por la **Superintendencia de Pensiones (SIPEN),** referente a la adecuación del beneficio del Seguro de Discapacidad y Sobrevivencia del Sistema de Capitalización Individual, en virtud de las disposiciones de la Resolución del CNSS No. 624-05, que aprueba el contrato Póliza de Discapacidad y Sobrevivencia de Condiciones Generales para el Régimen Contributivo.

VISTA: La documentación que compone el presente expediente.

RESULTA: Que en fecha 31 de octubre de 2025, el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) emitió la Resolución No. 624-05, mediante la cual aprobó el Contrato Póliza de

Discapacidad y Sobrevivencia de Condiciones Generales para el Régimen Contributivo, así como un nuevo esquema contractual y operativo para la cobertura del Seguro de Discapacidad y Sobrevivencia (SDS) dentro del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), con el propósito de adecuar las condiciones generales del referido contrato a los criterios establecidos por la Sentencia No. TC/0305/25, de fecha 20 de mayo de 2025, dictada por el Tribunal Constitucional.

RESULTA: Que las Administradoras de Fondos de Pensiones **AFP Popular, S. A.** y **AFP Siembra, S. A.**, al considerar que diversas disposiciones contenidas en la Resolución No. 624-05 excedían el marco normativo previsto en la Ley No. 87-01 y resultaban incompatibles con el régimen legal del Seguro de Discapacidad y Sobrevivencia, interpusieron una acción contencioso-administrativa en nulidad ante el Tribunal Superior Administrativo (TSA), conjuntamente con una solicitud de medida cautelar tendente a suspender provisionalmente los efectos de la referida resolución mientras se conocía el proceso principal.

RESULTA: Que mediante la Sentencia No. 0030-01-2026-SSMC-00024, de fecha 26 de febrero de 2026, la Presidencia del Tribunal Superior Administrativo rechazó la solicitud de medida cautelar interpuesta por las AFP recurrentes, al considerar que los presupuestos para la adopción de la medida requerían un examen propio del conocimiento del proceso principal, el cual permanece pendiente de decisión sobre el fondo.

RESULTA: Que en fecha 26 de febrero de 2026, la Superintendencia de Pensiones (SIPEN) emitió la Resolución No. 508-26, sobre la "Adecuación del Beneficio del Seguro de Discapacidad y Sobrevivencia del Sistema de Capitalización Individual", con el objeto de establecer las disposiciones regulatorias y operativas necesarias para la implementación del Contrato Póliza de Discapacidad y Sobrevivencia aprobado mediante la Resolución No. 624-05 emita por el CNSS.

RESULTA: Que la referida Resolución No. 508-26 estableció disposiciones relativas a la aplicación del Seguro de Discapacidad y Sobrevivencia dentro del Sistema de Capitalización Individual, regulando, entre otros aspectos, la transferencia de recursos de las Cuentas de Capitalización Individual (CCI), la continuidad del pago de las prestaciones por discapacidad en determinados supuestos, las modalidades de otorgamiento de la pensión, el tratamiento de los afiliados con discapacidad parcial y total, la acreditación de aportes complementarios, el pago de prestaciones retroactivas, así como restricciones temporales para el ejercicio de determinados derechos previsionales y la suspensión temporal de traspasos entre Administradoras de Fondos de Pensiones.

RESULTA: Que las Administradoras de Fondos de Pensiones **AFP Popular, S. A.** y **AFP Siembra, S. A.** sostienen que la Resolución No. 508-26 constituye un acto administrativo dictado en ejecución de la Resolución No. 624-05 del CNSS y que, al desarrollar e implementar las disposiciones contenidas en esta última, incorpora reglas operativas y criterios de aplicación que, a su juicio, exceden las atribuciones normativas conferidas a la Superintendencia de Pensiones (SIPEN), modifican el alcance del marco regulatorio previamente aprobado por el CNSS y desconocen el carácter temporal bajo el cual fue aprobado el Contrato Póliza de Discapacidad y Sobrevivencia.

RESULTA: Que en fecha 26 de marzo de 2026, las Administradoras de Fondos de Pensiones **AFP Popular, S. A.** y **AFP Siembra, S. A.** interpusieron un recurso de apelación ante el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) contra la Resolución No. 508-26, de fecha 26 de febrero de 2026, emitida por la Superintendencia de Pensiones (SIPEN), sobe la *"Adecuación del Beneficio del Seguro de Discapacidad y Sobrevivencia del Sistema de Capitalización Individual, en virtud de las disposiciones de la Resolución No. 624-05 del Consejo Nacional de Seguridad Social, que aprueba el Contrato Póliza de Discapacidad y Sobrevivencia de Condiciones Generales para el Régimen Contributivo"*, solicitando su revocación por los motivos expuestos en su instancia recursiva.

RESULTA: Que, mediante la **Resolución del CNSS No. 634-10, de fecha 16 de abril de 2026,** se creó una **Comisión Especial** para conocer el presente Recurso de Apelación.

RESULTA: Que, a raíz del Recurso de Apelación y en virtud de lo que dispone el Art. 24 de la Normativa que establece las Normas y Procedimientos de las Apelaciones por ante el CNSS, se notificó a la **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES (SIPEN)** la instancia contentiva del Recurso de Apelación, a los fines de producir su Escrito de Defensa, el cual fue depositado el 13 de mayo de 2026.

RESULTA: Que, como parte de los trabajos realizados por la **Comisión Especial** apoderada del conocimiento del presente **Recurso de Apelación** fueron escuchadas las argumentaciones de las partes envueltas en el proceso: Las **ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES AFP POPULAR, S. A.** Y **AFP SIEMBRA, S. A.** y la **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES (SIPEN),** donde por parte de la recurrente se ratificaron las conclusiones vertidas en la instancia introductiva del Recurso de Apelación y el escrito de réplica al Escrito de Defensa de la **SIPEN** y en cuanto a la **SIPEN**, fueron ratificadas sus conclusiones remitidas en su Escrito de Defensa y Escrito de contra replica.

VISTO: El resto de la documentación que componen el presente expediente.

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

EL RECURSO DE APELACIÓN TIENE A BIEN EMITIR LA SIGUIENTE DECISIÓN:

CONSIDERANDO: Que, en la especie, el **CNSS** se encuentra apoderado de un **Recurso de Apelación Jerárquico** incoado por las **ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES AFP POPULAR, S. A. Y AFP SIEMBRA, S. A.**, contra la **Resolución No. 508-26, de fecha 26 de febrero de 2026**, emitida por la **Superintendencia de Pensiones (SIPEN).**

CONSIDERANDO: Que el **CNSS** es competente para conocer el presente Recurso de Apelación, en virtud de lo establecido en el artículo 22, liberal q), de la Ley No. 87-01 y el artículo 9 de la Normativa sobre Normas y Procedimientos para las Apelaciones por ante el CNSS.

CONSIDERANDO: Que la admisibilidad de un Recurso no sólo está condicionada a que se interponga por ante la jurisdicción competente, sino que el mismo debe interponerse dentro de los plazos y formalidades que establece la ley de la materia; y que, de la verificación de la documentación aportada se ha comprobado que se encuentra dentro del plazo de treinta (30) días establecido en el artículo 54 de la Ley No.107-13 sobre los Derechos de las Personas en

sus Relaciones con la Administración y de Procedimiento Administrativo, así como, lo establecido en el artículo 12 de la citada Normativa que establece las Normas y Procedimientos para las Apelaciones por ante el CNSS.

CONSIDERANDO: Que, en ese sentido, es deber del **CNSS**, previo examen al fondo, determinar si el presente Recurso de Apelación cumple con las formalidades legales propias para determinar su admisibilidad.

CONSIDERANDO: Que tal y como establece la Ley No. 87-01 en su artículo 21, las entidades que conforman el Sistema Dominicano de Seguridad Social mantienen dentro de su perfil ciertos deberes acordes con la especialización y separación de funciones que deben poner de manifiesto cada una.

ARGUMENTOS DE LA PARTE RECURRENTE:

ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES POPULAR, S. A., y
la **ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES SIEMBRA, S. A.**

CONSIDERANDO: Que **AFP POPULAR, S.A. y AFP SIEMBRA, S.A.,** interponen el presente Recurso de Apelación al amparo del artículo 22, literal q), numeral 5 de la Ley No. 87-01 y de la Resolución No. 578-02 del CNSS, alegando que ostentan legitimación e interés jurídico para recurrir la Resolución No. 508-26 de la SIPEN, por cuanto dicha decisión afecta directamente las funciones fiduciarias que la Ley No. 87-01 les atribuye respecto de la administración de las Cuentas de Capitalización Individual (CCI), la gestión de las prestaciones previsionales y la protección de los derechos de sus afiliados.

CONSIDERANDO: Que las recurrentes sostienen que la Resolución No. 508-26 excede la potestad reglamentaria conferida a la SIPEN, al modificar aspectos esenciales del Sistema Dominicano de Pensiones previamente regulados por la Ley No. 87-01 y por resoluciones del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), creando reglas sustantivas que alteran el funcionamiento del Seguro de Discapacidad y Sobrevivencia sin existir habilitación legal expresa para ello.

CONSIDERANDO: Que **AFP POPULAR, S.A. y AFP SIEMBRA, S.A.**, argumentan que la resolución impugnada modifica el destino y finalidad de las Cuentas de Capitalización Individual al permitir que los fondos acumulados sean utilizados para financiar prestaciones por discapacidad hasta el agotamiento del saldo, extender el pago de la pensión por discapacidad hasta los sesenta y cinco (65) años, limitar la transferencia de recursos únicamente a los afiliados con discapacidad total, restringir el acceso a otros beneficios previsionales y prolongar restricciones al derecho de traspaso entre AFP, disposiciones que, a su juicio, contradicen el diseño financiero previsto por la Ley No. 87-01 y las resoluciones emitidas por el CNSS.

CONSIDERANDO: Que las recurrentes sostienen que la Resolución No. 508-26 genera contradicciones con las resoluciones dictadas por el CNSS, particularmente en cuanto a la utilización de la CCI para financiar prestaciones por discapacidad, la edad límite para el disfrute de dichas prestaciones, el régimen aplicable a los afiliados con discapacidad parcial y total, el procedimiento para la transferencia de recursos a las compañías aseguradoras y el tratamiento

de las pensiones retroactivas correspondientes a afiliados fallecidos, sustituyendo el pago a los herederos legales por la acreditación de aportes complementarios en la cuenta del afiliado fallecido, lo que consideran incompatible con el régimen jurídico vigente y con la operatividad del sistema.

CONSIDERANDO: Que **AFP POPULAR, S.A. y AFP SIEMBRA, S.A.,** alegan que las disposiciones contenidas en la Resolución No. 508-26 producen un trato desigual para los afiliados con discapacidad, al imponerles condiciones más restrictivas que las aplicables a los demás afiliados, limitando el acceso a las pensiones por vejez y generando escenarios en los cuales estos podrían recibir prestaciones inferiores a las que corresponderían a otros afiliados en igualdad de condiciones, vulnerando los principios de igualdad, solidaridad, protección al trabajador, seguridad social y protección reforzada de las personas en condición de vulnerabilidad.

CONSIDERANDO: Que las recurrentes afirman que la Resolución No. 508-26 vulnera los principios de legalidad, jerarquía normativa, seguridad jurídica e igualdad, al contradecir la Constitución de la República, la Ley No. 87-01, el Reglamento de Pensiones y diversas resoluciones emitidas por el CNSS, configurando además una desviación de la potestad reglamentaria al introducir modificaciones sustanciales al sistema previsional mediante una resolución administrativa.

CONSIDERANDO: Que, respecto del efecto suspensivo del recurso, **AFP POPULAR, S.A. y AFP SIEMBRA, S.A.**, sostienen que, conforme al artículo 26 de la Normativa sobre Apelaciones ante el CNSS, la interposición del presente Recurso de Apelación suspende la ejecución de la Resolución No. 508-26, al no tratarse de un acto relativo a multas, intereses o recargos, solicitando que dicho efecto sea reconocido mientras el Consejo Nacional de Seguridad Social conoce y decide el fondo del recurso.

CONSIDERANDO: Que, mediante escrito de réplica al escrito de defensa depositado por la SIPEN, las recurrentes en fecha 13 de marzo de 2026, ratifican todos los argumentos expuestos en su recurso de apelación y sostienen que la Resolución No. 508-26 constituye un acto normativo con contenido propio, sujeto a control de legalidad, aun cuando haya sido emitida en ejecución de la Resolución No. 624-05 del CNSS, indicando que la SIPEN no podía utilizar dicha resolución ni la Sentencia TC/0305/25 como fundamento para rediseñar aspectos estructurales del Sistema Dominicano de Pensiones, modificar el esquema financiero del Seguro de Discapacidad y Sobrevivencia ni transformar la finalidad de las Cuentas de Capitalización Individual mediante regulación administrativa.

CONSIDERANDO: Que, asimismo, las recurrentes alegan que la SIPEN no aportó fundamentos técnicos ni jurídicos que justificaran el tratamiento diferenciado entre afiliados con discapacidad parcial y total respecto de la transferencia de los fondos de la CCI, ni podía ampliar las restricciones al derecho de traspaso entre AFP bajo el argumento de operativizar la Resolución No. 624-05, reiterando que la Resolución No. 508-26 introduce nuevas obligaciones, restricciones y consecuencias jurídicas que únicamente podrían ser establecidas por la Ley No. 87-01 o por el CNSS.

CONSIDERANDO: Que, finalmente, las recurrentes **AFP POPULAR, S.A. y AFP SIEMBRA, S.A.**, concluyen solicitando lo siguiente: ***PRIMERO****: ACOGER, en cuanto a la forma, el presente Recurso de Apelación interpuesto por las ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES POPULAR Y SIEMBRA contra la Resolución No. 508-26 del 26 de febrero de 2026 emitida por la Superintendencia de Pensiones, por haber sido interpuesto conforme al derecho y dentro de los plazos establecidos por las normas que rigen la materia.* ***SEGUNDO:*** *LIBRAR ACTA de que, conforme a lo dispuesto en el artículo 26 de la Resolución No. 578-02 del 26 de octubre de 2023 que establece las Normas y Procedimientos para las Apelaciones por ante el Consejo Nacional de Seguridad Social, la interposición del presente Recurso de Apelación produce el efecto suspensivo del acto administrativo impugnado, en razón de que la resolución recurrida no versa sobre multas, intereses ni recargos, únicos supuestos en los cuales dicha norma excluye expresamente dicho efecto.* ***TERCERO:*** *TOMAR ACTA, en consecuencia, de que la Resolución No. 508-26 del 26 de febrero de 2026, emitida por la Superintendencia de Pensiones, queda suspendida por aplicación del artículo 26 de la Norma de Apelación, mientras ese Honorable Consejo conoce y decide el presente Recurso de Apelación.* ***CUARTO:*** *ACOGER, en cuanto al fondo, el presente Recurso de Apelación y, en consecuencia, REVOCAR en todas sus partes la Resolución No. 508-26 del 26 de febrero de 2026 emitida por la Superintendencia de Pensiones, por ser contraria al marco normativo establecido por la Ley No. 87-01, a los principios constitucionales que rigen el Sistema Dominicano de Seguridad Social y a las disposiciones regulatorias aplicables, restableciendo con ello la correcta aplicación del régimen jurídico del Seguro de Discapacidad y Sobrevivencia dentro del Sistema Dominicano de Seguridad Social, por los motivos de hecho y de derecho expuestos en el presente recurso.*

VISTAS LAS DEMÁS ARGUMENTACIONES QUE COMPONEN LA INSTANCIA CONTENTIVA DEL RECURSO DE APELACIÓN Y ESCRITO DE RÉPLICA AL ESCRITO DE DEFENSA DE LA TSS.

ARGUMENTOS DE LA PARTE RECURRIDA:

SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES (SIPEN)

CONSIDERANDO: Que la **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES (SIPEN)** solicita el rechazo del recurso de apelación interpuesto por AFP Popular, S.A. y AFP Siembra, S.A., sosteniendo que la Resolución No. 508-26 constituye un ejercicio legítimo de las competencias que le confieren la Constitución, la Ley No. 87-01 y las normas complementarias del Sistema Dominicano de Seguridad Social, al haber sido dictada en cumplimiento del mandato contenido en la Resolución No. 624-05 del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), mediante la cual se instruyó a la SIPEN a adecuar la normativa complementaria para la implementación del nuevo contrato póliza del Seguro de Discapacidad y Sobrevivencia.

CONSIDERANDO: Que la **SIPEN** sostiene que, aunque el recurso se dirige formalmente contra la Resolución No. 508-26, los argumentos desarrollados por las AFP recurrentes cuestionan realmente el contenido de la Resolución No. 624-05 del CNSS, la cual constituye el fundamento jurídico de la resolución impugnada, por lo que considera improcedente pretender impugnar indirectamente una decisión del órgano rector mediante un recurso dirigido contra una norma técnica de ejecución.

CONSIDERANDO: Que la **SIPEN** argumenta que la Resolución No. 508-26 no constituye un acto normativo autónomo, sino una disposición complementaria dictada en ejecución directa del resolutivo quinto de la Resolución No. 624-05 del CNSS, limitándose a desarrollar técnicamente los mecanismos necesarios para la aplicación del nuevo contrato póliza, sin crear derechos u obligaciones distintos de los previamente aprobados por el órgano rector.

CONSIDERANDO: Que la **SIPEN** sostiene que carece de fundamento la alegación relativa a que la Resolución No. 508-26 no debía emitirse mientras cursaba un recurso jurisdiccional contra la Resolución No. 624-05, por cuanto los actos administrativos gozan de presunción de legalidad y ejecutoriedad inmediata, salvo que exista disposición legal o decisión judicial que ordene expresamente su suspensión, circunstancia que no ocurrió en el presente caso, por lo que estaba obligada a ejecutar las instrucciones impartidas por el CNSS.

CONSIDERANDO: Que la **SIPEN** afirma que las alegadas violaciones constitucionales invocadas por las AFP no se corresponden con el contenido del nuevo contrato póliza, toda vez que este eliminó las restricciones relativas a límites de edad y plazos de prescripción que fueron declaradas inconstitucionales mediante la Sentencia TC/0305/25, estableciendo que la cobertura del Seguro de Discapacidad y Sobrevivencia permanecerá vigente mientras el afiliado continúe cotizando al sistema, sin imponer límite de edad ni plazo de prescripción para reclamar las prestaciones.

CONSIDERANDO: Que la **SIPEN** sostiene que la Sentencia TC/0305/25 sirvió de fundamento para que el CNSS aprobara un nuevo modelo contractual y para que esa Superintendencia emitiera la normativa complementaria destinada a garantizar su correcta aplicación operativa, en cumplimiento de las atribuciones conferidas por la Ley No. 87-01.

CONSIDERANDO: Que la **SIPEN** sostiene que actuó dentro de las facultades normativas que le atribuye la Ley No. 87-01, las cuales le permiten supervisar el Sistema de Pensiones y dictar las normas complementarias necesarias para la implementación operativa de las decisiones adoptadas por el CNSS, precisando que la Resolución No. 508-26 desarrolla aspectos técnicos indispensables para la ejecución del nuevo esquema previsional, sin modificar el marco jurídico aprobado por el órgano rector.

CONSIDERANDO: Que la **SIPEN** agrega que la Suprema Corte de Justicia ha reconocido su autonomía funcional y técnica dentro del Sistema Dominicano de Seguridad Social, señalando que dicha autonomía no desconoce la rectoría del CNSS, sino que garantiza el ejercicio especializado de las competencias que la Ley No. 87-01 le atribuye.

CONSIDERANDO: Que, respecto al interés jurídico invocado por las AFP recurrentes, la **SIPEN** sostiene que las obligaciones operativas establecidas en la Resolución No. 508-26 se encuentran directamente vinculadas a las funciones que el artículo 80 de la Ley No. 87-01 asigna a las Administradoras de Fondos de Pensiones, consistentes en administrar las cuentas individuales y otorgar las prestaciones del sistema conforme a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes.

CONSIDERANDO: Que la **SIPEN** justifica la continuidad de la pensión por discapacidad hasta los sesenta y cinco (65) años en determinados supuestos, indicando que dicha medida procura

evitar regresiones en los derechos previamente reconocidos a los afiliados, proteger sus expectativas legítimas y garantizar la progresividad del derecho a la seguridad social, en armonía con los principios constitucionales de protección reforzada de las personas con discapacidad.

CONSIDERANDO: Que la **SIPEN** sostiene que los escenarios financieros planteados por las AFP recurrentes responden a supuestos meramente hipotéticos que no reflejan la metodología vigente para el cálculo de las prestaciones previsionales, afirmando que la Resolución No. 508-26 garantiza que ningún afiliado reciba, durante la transición entre modalidades de pensión, un monto inferior al que percibía por concepto de pensión por discapacidad.

CONSIDERANDO: Que la **SIPEN** señala que el tratamiento otorgado a los aportes complementarios persigue simplificar la gestión administrativa, facilitar el acceso oportuno de los beneficiarios a las prestaciones y evitar cargas y trámites innecesarios, en observancia de los principios de eficacia, celeridad, simplicidad y buena administración establecidos en la Ley No. 107-13.

CONSIDERANDO: Que la **SIPEN** sostiene que el tratamiento previsto para los afiliados con discapacidad parcial responde a criterios de razonabilidad, sostenibilidad financiera y protección del afiliado, permitiendo acceder a una pensión vitalicia sin necesidad de transferir el saldo acumulado en la Cuenta de Capitalización Individual, evitando que estos deban disponer de sus recursos previsionales para obtener prestaciones inferiores a la pensión mínima.

CONSIDERANDO: Que la **SIPEN** afirma que la Resolución No. 508-26 desarrolla el principio constitucional de progresividad del derecho a la seguridad social, al procurar ampliar la protección de las personas con discapacidad, garantizar la efectividad material de sus derechos previsionales y fortalecer los principios de dignidad humana, solidaridad, razonabilidad y favorabilidad.

CONSIDERANDO: Que, respecto al plazo de inamovilidad para el traspaso de afiliados beneficiarios de pensiones por discapacidad, la **SIPEN** sostiene que no amplió el plazo de ciento ochenta (180) días establecido por el CNSS, sino que únicamente determinó el momento a partir del cual dicho plazo comenzaría a computarse, debido a que la Resolución No. 624-05 no fijó expresamente ese punto de partida, siendo necesario establecerlo para permitir la implementación operativa del nuevo contrato póliza.

CONSIDERANDO: Que la **SIPEN** explica que la implementación del nuevo esquema requiere importantes adecuaciones tecnológicas y operativas por parte de las AFP, las compañías aseguradoras, la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), UNIPAGO y la propia Superintendencia, debido a que el nuevo modelo modifica la forma de administración de las pólizas de discapacidad y sobrevivencia, implicando ajustes en los sistemas informáticos, procesos de dispersión de recursos y mecanismos de registro y control, razón por la cual considera justificada la fijación del plazo necesario para completar dichas adaptaciones.

CONSIDERANDO: Que, mediante su **Escrito de Contra Réplica** depositado en fecha **1 de junio de 2026**, la **Superintendencia de Pensiones (SIPEN)** sostiene que la controversia planteada por las recurrentes no recae sobre la legalidad de la Resolución No. 508-26, sino sobre el alcance

de la potestad técnica y reglamentaria que la Ley No. 87-01, le confiere para desarrollar operativamente las decisiones adoptadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

CONSIDERANDO: Que, en dicho escrito de contra réplica, la SIPEN incorpora como fundamento doctrinal los criterios de **Eduardo García de Enterría** y **Luciano Parejo Alfonso**, quienes sostienen que, en materias de alta complejidad técnica, corresponde al legislador establecer el marco normativo general y a los órganos administrativos especializados desarrollar los aspectos operativos necesarios para garantizar la eficacia del sistema regulado.

CONSIDERANDO: Que, asimismo, la SIPEN argumenta en su escrito de contra réplica que las AFP Popular, S. A. y AFP Siembra, S. A., no demostraron la existencia de una contradicción expresa entre la Resolución No. 508-26 y la Ley No. 87-01, ni acreditaron una desviación reglamentaria o una afectación ilegítima de derechos, limitándose a formular discrepancias interpretativas sin aportar pruebas suficientes que sustenten sus alegatos, conforme al principio *actori incumbit probatio.*

CONSIDERANDO: Que, en virtud de lo anterior, la Superintendencia de Pensiones (SIPEN), mediante su **Escrito de Contra Réplica**, ratifica los argumentos contenidos en su escrito de defensa y concluye solicitando lo siguiente: ***ÚNICO:*** *Por todo lo antes expuesto es que procede rechazar en todas sus partes el recurso y los argumentos contenidos en el escrito de réplica, por improcedentes, mal fundados y carentes de sustento jurídico suficiente.*

VISTAS LAS DEMÁS ARGUMENTACIONES QUE COMPONEN EL ESCRITO DE DEFENSA DE LA SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES (SIPEN).

EN CUANTO AL FONDO DEL RECURSO DE APELACIÓN:

CONSIDERANDO 1: Que el **CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL (CNSS)** se encuentra apoderado para conocer el Recurso de Apelación Jerárquico interpuesto por la **ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES POPULAR, S. A.,** y la **ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES AFP SIEMBRA, S. A.**, contra la **Resolución No. 508-26, de fecha 26 de febrero de 2026**, emitida por la **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES (SIPEN),** relativa a la adecuación del beneficio del Seguro de Discapacidad y Sobrevivencia del Sistema de Capitalización Individual, en virtud de las disposiciones de la Resolución del CNSS No. 624-05, que aprueba el contrato Póliza de Discapacidad y Sobrevivencia de Condiciones Generales para el Régimen Contributivo.

CONSIDERANDO 2: Que el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), en su condición de órgano superior del Sistema Dominicano de Seguridad Social, tiene a su cargo la dirección, regulación y conducción del sistema, así como el conocimiento y decisión de los recursos de apelación interpuestos contra las resoluciones dictadas por los órganos que integran dicho sistema, conforme a lo previsto en el artículo 22, literal q), numeral 5, de la Ley No. 87-01, que le atribuye competencia para conocer en grado de apelación las decisiones de las superintendencias.

CONSIDERANDO 3: Que, asimismo, el artículo 22 de la Ley No. 87-01, consagra al CNSS como la máxima autoridad del Sistema Dominicano de Seguridad Social, al establecer que le

corresponde fijar las políticas, regular el funcionamiento del sistema y de sus instituciones, garantizar la ampliación de la cobertura, defender a los beneficiarios y velar por el desarrollo institucional, la integralidad de los programas y el equilibrio financiero del sistema.

CONSIDERANDO 4: Que la admisibilidad del presente recurso no depende únicamente de su interposición ante el órgano competente, sino también de su presentación dentro de los plazos y formalidades legales previstos; y que, al verificarse la documentación depositada, se ha comprobado que el recurso fue interpuesto dentro del plazo de treinta (30) días establecido en el artículo 54 de la Ley No. 107-13, así como en la normativa especial aplicable a las apelaciones por ante el CNSS.

CONSIDERANDO 5: Que las AFP recurrentes alegan que la interposición del recurso produce automáticamente el efecto suspensivo previsto en la Resolución No. 578-02; sin embargo, dicho aspecto constituye una consecuencia procesal cuya apreciación corresponde exclusivamente al Consejo Nacional de Seguridad Social, sin que ello incida sobre la legalidad material de la Resolución No. 508-26 objeto del presente recurso.

CONSIDERANDO 6: Que el hecho de que la Resolución No. 624-05, sea objeto de una acción contencioso-administrativa en nulidad no suspende por sí mismo su eficacia jurídica, toda vez que los actos administrativos gozan de presunción de legalidad y ejecutoriedad mientras no sean anulados o suspendidos por la autoridad jurisdiccional competente; en consecuencia, la Superintendencia de Pensiones se encontraba legalmente obligada a ejecutar el mandato contenido en dicha resolución mientras esta permaneciera vigente.

CONSIDERANDO 7: Que las recurrentes solicitan que se haga constar el efecto suspensivo del recurso de apelación; al respecto, este Consejo considera que dicho efecto constituye una consecuencia procesal prevista en la normativa aplicable y que su invocación no incide, por sí misma, en el examen de legalidad del acto administrativo impugnado, el cual debe ser decidido conforme al análisis de fondo realizado en el presente expediente.

CONSIDERANDO 8: Que la Ley No. 107-13, establece como principios rectores de la actuación administrativa, la juridicidad, razonabilidad, igualdad, eficacia, celeridad, economía procedimental, debido proceso y buena administración, de manera que toda decisión emanada de la Administración Pública debe sujetarse estrictamente al ordenamiento jurídico y a la finalidad pública que le sirve de fundamento.

CONSIDERANDO 9: Que las entidades que conforman el Sistema Dominicano de Seguridad Social deben ejercer sus funciones dentro del ámbito competencial que la Ley No. 87-01, les asigna, observando la especialización y separación funcional de sus atribuciones, de forma que la actuación de cada órgano responda a la habilitación legal que le sirve de sustento.

CONSIDERANDO 10: Que el artículo 106 de la Ley No. 87-01, establece que el Estado Dominicano, a través del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), es el garante final del adecuado funcionamiento del Sistema Dominicano de Seguridad Social y del otorgamiento de las prestaciones previsionales, correspondiéndole adoptar todas las previsiones y acciones necesarias para asegurar el cumplimiento de los objetivos sociales del sistema; en consecuencia,

las actuaciones regulatorias y de supervisión desarrolladas por los órganos especializados que integran dicho sistema deben interpretarse conforme al deber constitucional y legal de garantizar la continuidad, estabilidad y protección efectiva de los derechos de los afiliados.

CONSIDERANDO 11: Que el derecho a la seguridad social constituye un derecho fundamental reconocido por el artículo 60 de la Constitución de la República, cuya interpretación y aplicación debe realizarse conforme a los principios de dignidad humana, favorabilidad, progresividad y protección efectiva de las personas afiliadas, de manera que las autoridades administrativas, en el ejercicio de sus competencias, deben adoptar las medidas necesarias para garantizar la continuidad y efectividad de las prestaciones previsionales, evitando interpretaciones o actuaciones que impliquen una disminución injustificada de la protección reconocida por el ordenamiento jurídico.

CONSIDERANDO 12: Que, en cumplimiento de dicho mandato legal, el artículo 107 de la Ley No. 87-01, crea la Superintendencia de Pensiones (SIPEN) como una entidad estatal autónoma, con personalidad jurídica y patrimonio propio, para que, en nombre y representación del Estado Dominicano, vele por el estricto cumplimiento de la referida ley y sus normas complementarias, proteja los intereses de los afiliados, supervise la solvencia financiera de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y contribuya al fortalecimiento del Sistema Dominicano de Pensiones.

CONSIDERANDO 13: Que las recurrentes sostienen que la Resolución No. 508-26, excede las facultades regulatorias conferidas a la Superintendencia de Pensiones (SIPEN), al crear disposiciones que, a su juicio, modifican aspectos esenciales del Sistema Dominicano de Pensiones sin habilitación legal expresa.

CONSIDERANDO 14: Que los artículos 107 y 108 de la Ley No. 87-01, atribuyen a la Superintendencia de Pensiones la facultad de supervisar el Sistema de Pensiones, dictar las normas complementarias necesarias para asegurar la correcta aplicación de dicha ley, de las resoluciones emanadas del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) y de contribuir a fortalecer el sistema previsional dominicano, correspondiéndole desarrollar los aspectos técnicos y operativos indispensables para la implementación del marco normativo vigente, sin que ello implique sustituir la potestad normativa general atribuida al órgano rector.

CONSIDERANDO 15: Que el artículo 108 de la Ley No. 87-01, atribuye expresamente a la Superintendencia de Pensiones, entre otras funciones, supervisar la correcta aplicación de la ley y de las resoluciones del Consejo Nacional de Seguridad Social; regular, controlar y supervisar el Sistema Dominicano de Pensiones; fiscalizar las operaciones de las Administradoras de Fondos de Pensiones; requerir la información necesaria para el cumplimiento de sus funciones; así como proponer al Consejo Nacional de Seguridad Social la regulación de los aspectos no previstos expresamente por la legislación, competencias que evidencian que dicho órgano posee potestad técnica y reglamentaria para desarrollar operativamente las decisiones adoptadas por el órgano rector dentro del marco legal establecido.

CONSIDERANDO 16: Que la potestad reglamentaria de ejecución atribuida a la Superintendencia de Pensiones debe entenderse como la facultad de desarrollar técnica y

operativamente las disposiciones legales y las decisiones adoptadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social, mediante la determinación de procedimientos, mecanismos de aplicación y aspectos instrumentales indispensables para su efectiva implementación, sin que ello implique la creación de derechos, obligaciones o limitaciones no previstas por la Ley No. 87-01, ni la modificación del contenido esencial del régimen jurídico establecido por el legislador.

CONSIDERANDO 17: Que del examen de la Resolución No. 508-26, este Consejo verifica que sus disposiciones fueron dictadas en ejecución del mandato contenido en el resolutivo quinto de la Resolución No. 624-05 del CNSS, mediante el cual se instruyó expresamente a la SIPEN a realizar las adecuaciones regulatorias necesarias para implementar el nuevo Contrato Póliza de Discapacidad y Sobrevivencia; por tanto, no se advierte que la Superintendencia haya ejercido competencias distintas de las conferidas por la Ley No. 87-01.

CONSIDERANDO 18: Que el artículo 110, literal a), de la Ley No. 87-01, dispone expresamente que corresponde al Superintendente de Pensiones ejecutar las decisiones adoptadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social relativas al Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia, por lo que la emisión de la Resolución No. 508-26 constituye el cumplimiento de una obligación legal derivada de la Resolución No. 624-05 y no el ejercicio de una potestad normativa autónoma desvinculada de las instrucciones impartidas por el órgano rector del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

CONSIDERANDO 19: Que la Resolución No. 508-26, debe interpretarse de manera sistemática e integral con la Resolución No. 624-05 del Consejo Nacional de Seguridad Social, de la cual constituye un acto de ejecución y desarrollo técnico, por lo que sus disposiciones no pueden analizarse de forma aislada ni atribuirle un alcance autónomo distinto al mandato expresamente conferido por el órgano rector del Sistema Dominicano de Seguridad Social. En consecuencia, las adecuaciones regulatorias introducidas por la Superintendencia de Pensiones encuentran fundamento inmediato en la instrucción impartida por el Consejo Nacional de Seguridad Social y no constituyen una modificación del contenido material de dicha resolución.

CONSIDERANDO 20: Que las recurrentes sostienen que la Resolución No. 508-26 modifica la finalidad jurídica de las Cuentas de Capitalización Individual (CCI), permitiendo la utilización de los recursos acumulados para fines distintos de los previstos en la Ley No. 87-01.

CONSIDERANDO 21: Que los artículos 43, 45, 54, 57, 59 y demás disposiciones aplicables de la Ley No. 87-01 regulan las prestaciones derivadas del Sistema de Capitalización Individual y la utilización de los fondos acumulados en las Cuentas de Capitalización Individual, dentro del marco del Seguro de Vejez, Discapacidad y Sobrevivencia.

CONSIDERANDO 22: Que la Resolución No. 508-26 no modifica la naturaleza jurídica de las Cuentas de Capitalización Individual ni altera el destino previsional de los recursos acumulados, limitándose a establecer el procedimiento operativo para la transferencia de dichos recursos en los supuestos previstos por el nuevo esquema aprobado mediante la Resolución No. 624-05 del CNSS, manteniéndose incólume la finalidad previsional establecida por la Ley No. 87-01.

CONSIDERANDO 23: Que la potestad reglamentaria de ejecución no autoriza a los órganos administrativos a innovar el ordenamiento jurídico mediante la creación de derechos, obligaciones o limitaciones no previstas en la ley; sin embargo, del análisis de la Resolución No. 508-26 este Consejo verifica que sus disposiciones se limitan a precisar los procedimientos técnicos y operativos necesarios para la implementación del nuevo Contrato Póliza de Discapacidad y Sobrevivencia aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social, sin alterar los elementos esenciales del régimen jurídico previsto en la Ley No. 87-01.

CONSIDERANDO 24: Que las recurrentes cuestionan las disposiciones relativas al período de inamovilidad para el traspaso entre Administradoras de Fondos de Pensiones; sin embargo, este Consejo verifica que dicha medida no constituye una restricción autónoma impuesta por la Superintendencia de Pensiones, sino un mecanismo operativo derivado de la implementación de la Resolución No. 624-05 del CNSS, orientado a garantizar la correcta ejecución del nuevo esquema del Seguro de Discapacidad y Sobrevivencia, sin modificar el derecho de libre elección reconocido por la Ley No. 87-01.

CONSIDERANDO 25: Que las recurrentes alegan que la continuidad del beneficio económico hasta los sesenta y cinco (65) años y no hasta los sesenta (60) años constituye una modificación al régimen previsto por la Ley No. 87-01 y la Resolución No. 624-05 del CNSS.

CONSIDERANDO 26: Que dicho mecanismo constituye una medida transitoria derivada del nuevo Contrato Póliza aprobado por el CNSS para dar cumplimiento a la Sentencia TC/0305/25, procurando garantizar la continuidad de la protección económica del afiliado discapacitado y evitar una disminución de derechos durante la transición entre modalidades de pensión, en armonía con los artículos 60 y 74 de la Constitución, con el principio de progresividad de los derechos fundamentales y en armonía con los principios de universalidad, integralidad y protección establecidos por los artículos 1, 2, 3 y demás disposiciones aplicables de la Ley No. 87-01.

CONSIDERANDO 27: Que el Tribunal Constitucional, mediante la Sentencia TC/0540/26, de fecha 15 de julio de 2026, conoció la acción directa de inconstitucionalidad interpuesta por la Administradora de Fondos de Pensiones Popular, S. A., contra los artículos 47, 56 y 60 de la Ley No. 87-01, estableciendo que cuando un afiliado beneficiario de una pensión por discapacidad reúne las condiciones para acceder a una pensión por vejez, el ordenamiento jurídico debe garantizar la continuidad de la protección previsional, evitando cualquier interrupción del beneficio económico durante el proceso de transición, debiendo prevalecer siempre la prestación más favorable al afiliado, en aplicación de los principios de dignidad humana, favorabilidad, progresividad y protección reforzada de las personas con discapacidad y de los adultos mayores, tal y como efectuado la Superintendencia de Pensiones al evacuar la Resolución 508-26, objeto de recurso.

CONSIDERANDO 28: Que, asimismo, el Tribunal Constitucional ponderó positivamente la emisión de la Resolución No. 624-05, del Consejo Nacional de Seguridad Social y de la Resolución No. 508-26, de la Superintendencia de Pensiones, al establecer que dichos instrumentos constituyen avances en materia de seguridad social y han impulsado cambios en la normativa infralegal orientados a fortalecer la protección de los afiliados, lo que constituye un

elemento interpretativo relevante para concluir que las actuaciones administrativas impugnadas resultan compatibles con la finalidad constitucional del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

CONSIDERANDO 29: Que, en consecuencia, carece de fundamento el alegato de las recurrentes relativo a que la Superintendencia de Pensiones modificó ilegalmente el régimen de pensiones o amplió sus competencias, toda vez que la Sentencia TC/0540/26 reconoce que existía una omisión legislativa respecto de la transición entre la pensión por discapacidad y la pensión por vejez, y evidencia que las medidas contenidas en la Resolución No. 508-26 resultan concordantes con la interpretación constitucional fijada por el Tribunal Constitucional, al procurar garantizar la continuidad de la protección previsional y materializar los principios de favorabilidad, progresividad y protección reforzada, sin alterar el contenido esencial de la Ley No. 87-01.

CONSIDERANDO 30: Que la circunstancia de que el Tribunal Constitucional haya considerado necesario integrar el contenido del artículo 47 de la Ley No. 87-01, mediante una sentencia interpretativa aditiva evidencia que la problemática planteada por las recurrentes no deriva de una actuación arbitraria de la Superintendencia de Pensiones, sino de una insuficiencia del propio texto legal respecto de la transición entre la pensión por discapacidad y la pensión por vejez. En consecuencia, las adecuaciones regulatorias contenidas en la Resolución No. 508-26, constituyen medidas de ejecución orientadas a garantizar la efectividad del derecho fundamental a la seguridad social, en armonía con la interpretación constitucional posteriormente fijada por el Tribunal Constitucional.

CONSIDERANDO 31: Que, en consecuencia, esta regulación no modifica el régimen legal de las pensiones, sino que establece la forma en que debe ejecutarse operativamente el nuevo modelo aprobado por el órgano rector.

CONSIDERANDO 32: Que las recurrentes sostienen que la Resolución No. 508-26 establece un trato desigual respecto de los afiliados con discapacidad.

CONSIDERANDO 33: Que el principio constitucional de igualdad no impide que el legislador o la Administración establezcan tratamientos diferenciados cuando éstos responden a criterios objetivos, razonables y proporcionales, particularmente respecto de personas que se encuentran en condición de vulnerabilidad, conforme a los artículos 39, 60 y 74 de la Constitución.

CONSIDERANDO 34: Que las medidas contenidas en la Resolución No. 508-26, persiguen precisamente fortalecer la protección previsional de las personas con discapacidad, garantizando la continuidad de las prestaciones económicas y evitando una disminución de los beneficios previamente reconocidos, por lo que no se evidencia vulneración al principio de igualdad.

CONSIDERANDO 35: Que los escenarios financieros expuestos por las recurrentes constituyen estimaciones sustentadas en hipótesis cuya ocurrencia no ha sido demostrada mediante estudios actuariales, informes técnicos, peritajes financieros u otros medios probatorios idóneos que permitan acreditar una afectación cierta, directa y actual derivada de la aplicación de la Resolución No. 508-26; en consecuencia, tales alegaciones resultan insuficientes para desvirtuar la presunción de legalidad que ampara los actos administrativos.

CONSIDERANDO 36: Que las disposiciones relativas al tratamiento de los aportes complementarios y de los pagos retroactivos correspondientes a afiliados fallecidos constituyen reglas de naturaleza procedimental dirigidas exclusivamente a establecer el mecanismo operativo para la administración y acreditación de dichos recursos durante la ejecución del nuevo esquema aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social, sin alterar los derechos reconocidos por la Ley No. 87-01 ni introducir modificaciones al régimen jurídico aplicable; por tanto, no constituyen una innovación normativa atribuible a la Superintendencia de Pensiones.

CONSIDERANDO 37: Que las recurrentes sostienen que la SIPEN amplió ilegalmente el plazo de inamovilidad para el traspaso entre Administradoras de Fondos de Pensiones.

CONSIDERANDO 38: Que este Consejo verifica que la Resolución No. 624-05, estableció el período de inamovilidad aplicable a los afiliados beneficiarios del Seguro de Discapacidad y Sobrevivencia, mientras que la Resolución No. 508-26 únicamente determinó el momento a partir del cual dicho plazo debía comenzar a computarse, con el propósito de permitir la implementación tecnológica y operativa del nuevo esquema, sin modificar su duración ni restringir derechos distintos de los previamente establecidos por el órgano rector.

CONSIDERANDO 39: Que las disposiciones contenidas en la Resolución No. 508-26, no alteran, sustituyen ni dejan sin efecto el contenido de la Resolución No. 624-05, del Consejo Nacional de Seguridad Social, sino que desarrollan los aspectos técnicos y operativos indispensables para su aplicación, conforme al mandato expresamente conferido por dicho órgano, razón por la cual no puede sostenerse que la Superintendencia de Pensiones haya modificado una decisión adoptada por el Consejo Nacional de Seguridad Social.

CONSIDERANDO 40: Que, conforme al principio general de distribución de la carga de la prueba y a los principios que rigen el procedimiento administrativo contenidos en la Ley No. 107-13, corresponde a quien impugna un acto administrativo aportar los elementos de hecho y de derecho que sustenten las violaciones alegadas, no bastando apreciaciones subjetivas o interpretaciones divergentes sobre el alcance de la normativa aplicable; circunstancia que no ha quedado demostrada en el presente expediente.

CONSIDERANDO 41: Que las recurrentes sostienen que la Resolución No. 508-26, vulnera los principios de legalidad, jerarquía normativa, seguridad jurídica y razonabilidad.

CONSIDERANDO 42: Que el principio de legalidad exige que toda actuación administrativa encuentre fundamento en una habilitación legal expresa; mientras que el principio de jerarquía normativa impide que una norma administrativa modifique el contenido de una disposición de rango superior.

CONSIDERANDO 43: Que el principio de seguridad jurídica exige que la actuación administrativa sea previsible, estable y conforme al ordenamiento jurídico; sin embargo, en el presente caso la Resolución No. 508-26, no introduce modificaciones imprevisibles ni altera situaciones jurídicas consolidadas, limitándose a desarrollar operativamente la Resolución No. 624-05, emitida por el Consejo Nacional de Seguridad Social, razón por la cual no se configura la vulneración alegada por las recurrentes.

CONSIDERANDO 44: Que del análisis comparativo entre la Ley No. 87-01, la Resolución No. 624-05 del Consejo Nacional de Seguridad Social y la Resolución No. 508-26, de la Superintendencia de Pensiones, este Consejo no advierte contradicción normativa alguna, por cuanto la resolución recurrida desarrolla los aspectos técnicos necesarios para la ejecución del nuevo esquema aprobado por el órgano rector, sin crear un régimen jurídico distinto al previsto por la ley ni alterar el contenido esencial de los derechos y obligaciones establecidos por el legislador.

CONSIDERANDO 45: Que los actos administrativos gozan de presunción de legalidad, ejecutoriedad y validez mientras no sean anulados por la autoridad competente, correspondiendo a quien los impugna aportar elementos probatorios suficientes para desvirtuar dicha presunción, lo que no ocurrió en el presente expediente.

CONSIDERANDO 46: Que, a tales efectos, contra las decisiones emanadas por la **Administración Pública** se podrá interponer el **Recurso Contencioso Administrativo** en el plazo definido en el **artículo 5 de la Ley No. 13-07, que crea el Tribunal Contencioso Tributario y Administrativo** que dispone lo siguiente: *"El plazo para recurrir por ante el Tribunal Contencioso Tributario y Administrativo, será de treinta (30) días a contar del día en que el recurrente reciba la notificación del acto recurrido, o del día de publicación oficial del acto recurrido por la autoridad de que haya emanado (...)"*.

CONSIDERANDO 47: Que, del examen integral de los argumentos expuestos por las recurrentes, de las observaciones formuladas por la Superintendencia de Pensiones, del contenido de la Ley No. 87-01, de las Resoluciones Nos. 624-05, del Consejo Nacional de Seguridad Social y 508-26, de la Superintendencia de Pensiones, así como de la interpretación vinculante contenida en la sentencia TC/0540/26, este Consejo concluye que la resolución impugnada constituye un acto administrativo de ejecución y desarrollo técnico dictado dentro del ámbito de las competencias conferidas por los artículos 107, 108 y 110 de la Ley No. 87-01, en cumplimiento del mandato expreso impartido por el órgano rector del Sistema Dominicano de Seguridad Social. Asimismo, verifica que las disposiciones impugnadas no modifican el régimen jurídico previsto por la Ley No. 87-01, no alteran el contenido material de la Resolución No. 624-05, ni vulneran los principios de legalidad, jerarquía normativa, seguridad jurídica, igualdad, razonabilidad o debido proceso invocados por las recurrentes. En consecuencia, al no haberse demostrado mediante prueba suficiente la existencia de los vicios de legalidad alegados ni desvirtuado la presunción de legalidad que ampara el acto administrativo recurrido, procede rechazar, en cuanto al fondo, el presente Recurso de Apelación y confirmar en todas sus partes la Resolución No. 508-26, de fecha 26 de febrero de 2026, dictada por la Superintendencia de Pensiones (SIPEN).

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL (CNSS), por autoridad de la Ley No. 87-01 y sus normas complementarias y en mérito a lo establecido anteriormente:

RESUELVE:

PRIMERO: DECLARAR como **BUENO y VÁLIDO**, en cuanto a la forma, el Recurso de Apelación interpuesto por la **ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES POPULAR, S. A.,** y la **ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES SIEMBRA, S. A.**, a través de sus representantes legales, contra la **Resolución No. 508-26, de fecha 26 de febrero de 2026**, emitida por la **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES (SIPEN),** por haber sido interpuesto conforme a los plazos y formalidades establecidos en la normativa vigente.

SEGUNDO: RECHAZAR, en cuanto al fondo, el Recurso de Apelación interpuesto por la **ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES POPULAR, S. A.,** y la **ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES SIEMBRA, S. A.**, a través de sus representantes legales, contra la **Resolución No. 508-26, de fecha 26 de febrero de 2026**, emitida por la **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES (SIPEN),** por los motivos expuestos en el cuerpo de la presente resolución.

TERCERO: CONFIRMAR, en todas sus partes, la **Resolución No. 508-26, de fecha 26 de febrero de 2026**, emitida por la **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES (SIPEN)**.

CUARTO: INSTRUIR a la Gerente General del **CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL (CNSS)**, a notificar la presente resolución a la **ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES POPULAR, S. A.,** y la **ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES SIEMBRA, S. A.**, a sus representantes legales, a la **SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES (SIPEN)** y a las demás instancias correspondientes del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS), para los fines correspondientes.

Resolución No. 641-08: Se crea una **Comisión Especial (CE)** conformada por: **Dra. Mercedes Ramírez**, Representante del Sector Gubernamental, y quien la presidirá; **Lic. Andrés Noboa**, Representante del Sector Empleador; **Sr. Pablo Martínez,**, Representante del Sector Laboral; **Lic. Eduardo Hernández**, Representante de los Demás Profesionales y Técnicos de la Salud; y **Sr. Bernardo Montero,** Representante de los Discapacitados, Indigentes y Desempleados; apoderada para conocer el Recurso de Apelación (Jerárquico) interpuesto por la razón social **CLUB DE PEQUES, S.R.L.** debidamente representada por su Gerente la Sra. Ana Paula Hernández Stern; entidad que tiene como abogado constituido al Lic. Fausto Miguel Cabrera López; contra la decisión contenida en la **Comunicación No. DJ-TSS-2026-3611, de fecha 20 de mayo de 2026**, emitida por la **Tesorería de la Seguridad Social (TSS)** que rechazó el Recurso de Reconsideración sometido contra la comunicación DFE-TSS-2026-1846 d/f 16/03/2026 por negación de solicitud de dispensa; para fines de revisión y análisis. Dicha Comisión deberá presentar su informe al CNSS.

Resolución No. 641-09: Se remite a la **Comisión Permanente de Presupuesto, Finanzas e Inversiones (CPPFel)** el presupuesto reformulado de la **SUPERINTENDENCIA DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (SISALRIL)** a julio 2026; remitido mediante comunicación #2026-002605, de fecha 15 de julio de 2026, para fines de análisis y estudio. Dicha Comisión deberá presentar su informe al CNSS.

Resolución No. 641-10: Se remite de manera conjunta a las **Comisiones Permanentes de Salud (CPS) y Presupuesto, Finanzas e Inversiones (CPPFeI)** la propuesta técnica para la creación del Fondo de Medicamentos de Alto Costo (FOMAC), remitida por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) mediante comunicación #2026-002603, de fecha 15 de julio de 2026; y contará con la participación del **Lic. Eduardo Hernández, en calidad de invitado,** para fines de análisis y estudio. Dichas Comisiones deberán presentar su informe al CNSS.

Resolución No. 641-11: Se remite de manera conjunta a las **Comisiones Permanentes de Salud (CPS) y Presupuesto, Finanzas e Inversiones (CPPFeI)** la solicitud de la Asociación Nacional de Afiliados a la Seguridad Social (ASONAFISS) de que, el Consejo determine que los fondos destinados a medicamentos de los afiliados sean acumulativos y no venzan cada año; para fines de análisis y estudio. Dichas Comisiones deberán presentar su informe al CNSS.

Resolución No. 641-12: Se crea una **Comisión Especial (CE)** conformada por: **Dra. Mercedes Ramírez**, Representante del Sector Gubernamental, y quien la presidirá; **Sr. Luis Miura**, Representante del Sector Empleador; **Sr. Petra Hernández**, Representante del Sector Laboral; **Sra. María De Los Santos**, Representante del Sector de los Demás Profesionales y Técnicos de la Salud; y **Dra. Mercedes Rodríguez,** Representante de los CMD; apoderada para conocer la solicitud de la Federación Nacional de Mujeres Trabajadoras (FENAMUTRA), para presentar su propuesta sobre la protección social a las personas cuidadoras; remitida mediante comunicación, de fecha 2 de julio de 2026; y contará con la participación de la **Sra. Paola Montaño, en calidad de invitada,** para fines de revisión y análisis. Dicha Comisión deberá presentar su informe al CNSS.

En Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, a los treinta (30) días del mes de julio del año dos mil veintiséis (2026).

Aura Celeste Fernández R.
Gerente General del CNSS

ACF/mc

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL
CNSS
Gerencia General
Santo Domingo, R.D.