

**ACTA DE REUNIÓN ORDINARIA DEL COMITÉ INTERINSTITUCIONAL
DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (CI), CELEBRADA EL CATORCE
(14) DE MARZO DEL AÑO DOS MIL VEINTICINCO (2025).**

[Handwritten signatures and initials in blue ink, including "O.S.T.", "MUN", "APOR", and "SESP"]

Santo Domingo D.N.
14 de marzo de 2025

ACTA CI NÚM. 01-2025

ACTA DE REUNIÓN ORDINARIA DEL COMITÉ INTERINSTITUCIONAL DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (CI), CELEBRADA EL CATORCE (14) DE MARZO DEL AÑO DOS MIL VEINTICINCO (2025).

En la ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, a los catorce (14) días del mes de marzo del año dos mil veinticinco (2025), siendo las ocho horas y treinta minutos de la mañana (08:30 a.m.), se reunieron en el Salón Américas C, del Hotel Crowne Plaza, Santo Domingo, los miembros presentes y/o debidamente representados del Comité Interinstitucional de Salud y Riesgos Laborales, órgano de carácter consultivo creado por el artículo 179 de la Ley Núm. 87-01, para conocer, analizar y consultar los proyectos, propuestas e informes de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales que serán sometidos al Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).

La Directora de Comunicaciones de la SISALRIL, dio apertura a la reunión con las palabras de bienvenida de la reunión ordinaria del Comité Interinstitucional de Salud y Riesgos Laborales y pasó la palabra al Presidente del Comité Interinstitucional de Salud y Riesgos Laborales, Lic. Miguel Ceara Hatton quien dio unas palabras introductorias de la sesión a todos los presentes, explicó la importancia para el comité de la celebración de la primera reunión ordinaria del año 2025 y procedió a instrumentar el proceso de juramentación de los miembros designados del Comité Interinstitucional de Salud y Riesgos Laborales. A saber:

a) Palabras de Bienvenida Directora de Comunicaciones de la SISALRIL, Licda. Indhira Navarro.

Dio inicio y formal bienvenida formal a los asistentes, saludando cordialmente a todos los miembros del comité y representantes de las entidades presentes, expresando el honor que representaba inaugurar la **Primera Sesión del Comité Interinstitucional de Salud y Riesgos Laborales**. Destacó la pluralidad de actores convocados (sector público, privado, sindicatos, gremios profesionales) y la importancia de su participación. Sus palabras de saludo incluyeron: *“Buenos días... la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) les da la más cordial bienvenida a la Primera Sesión del Comité Interinstitucional de Salud y Riesgos Laborales, del año 2025”* (.). Seguidamente, fue presentando y saludando a cada institución miembro del Comité.

Resaltó el espíritu colaborativo con que nace este Comité, señalando que *“estamos enlazados en una cadena de 17 eslabones, en un espacio propicio de colaboración clave para analizar y validar propuestas relevantes que contribuirán a la sostenibilidad y fortalecimiento del Sector Salud y Riesgos Laborales en el país”* (.). Con estas palabras

[Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin, including 'O.S.T.', 'MCG', 'MOS', 'JUL', 'JESP', and 'M']

[Handwritten notes in blue ink on the left margin, including 'T. e. l. o' and 'MOS']

enfaticó que el objetivo central del Comité es servir de plataforma de diálogo interinstitucional para buscar soluciones conjuntas a los desafíos del sistema.

Finalmente, la directora dio paso al Superintendente Miguel Ceara Hatton para las palabras centrales de apertura, pidiéndole a los asistentes recibirlo con un fuerte aplauso.

b) Palabras introductorias a cargo del Superintendente de Salud y Riesgos Laborales, Licdo. Miguel Ceara Hatton.

Inició sus palabras de bienvenida agradeciendo la presencia de los miembros y resaltando la oportunidad que brinda este espacio para fortalecer el aseguramiento en salud y riesgos laborales en la República Dominicana. En sus palabras iniciales señaló la importancia de garantizar la sostenibilidad financiera sin sacrificar la sostenibilidad social y en salud del sistema.

Expuso los objetivos de la sesión y los propósitos del Comité, enfatizando su compromiso como Superintendente de apoyar este espacio de diálogo y consulta para proponer estrategias que fortalezcan el sistema de seguridad social, protejan los derechos de los afiliados y aseguren la sostenibilidad financiera y social del sistema. Resaltó la visión de que el Comité debe ser **“no solo un espacio de diálogo sino también una plataforma para el análisis crítico y la construcción colectiva de soluciones a los desafíos que enfrenta la protección en salud y riesgos laborales”**. Asimismo, subrayó que el propósito final debe ser la formulación, sometimiento e implementación de propuestas viables y sostenibles para avanzar hacia un modelo de seguridad social más justo, equitativo y eficiente, poniendo el interés colectivo por encima de intereses particulares. Con sus palabras, instó a la unidad y coordinación de todos los actores presentes para garantizar decisiones informadas, equilibradas y orientadas al bienestar de todos los afiliados.

c) Juramentación de los miembros del Comité Interinstitucional de Salud y Riesgos Laborales

Acto seguido, el Superintendente de Salud y Riesgos Laborales, procedió a juramentar formalmente a los integrantes del Comité conforme a los protocolos establecidos. Solicitó a los miembros ponerse de pie y levantar la mano derecha para tomar el juramento: *“¿Juran solemnemente, cumplir y hacer cumplir la Constitución y las leyes, en especial los mandatos establecidos en la Ley Núm. 87-01, y ejecutar fielmente las atribuciones y responsabilidades conferidas en su artículo 179, de promoción, colaboración y participación, confidencialidad y ética en el desarrollo de las reuniones de este comité interinstitucional de salud y riesgos laborales, con el propósito de fortalecer el Sistema Dominicano de Seguridad Social?”* Todos los miembros presentes respondieron afirmativamente al unísono: “¡Juramos!” (.), tras lo cual el Superintendente declaró: “Si así

lo hicieren, que la patria se los reconozca y recompense; de lo contrario, que ella se lo demande" (.), formalizando la juramentación.

A seguidas, el Superintendente de Salud y Riesgos Laborales cedió la palabra a la Directora Jurídica, Lic. Ana Patricia Ossers en su condición de Secretaria del Comité, quien luego de pasar lista y dar lectura a la Nómina de Presencia constató que se computaba el quórum requerido para sesionar válidamente y procedió a dar lectura a la Agenda de la reunión, la cual fue previamente remitida a todos los miembros vía oficio, conjuntamente con informe resumido de las propuestas incluidas en el orden del día o Agenda de la reunión. A saber:

d) **Comprobación Quórum requerido para sesionar.** Se verificó la asistencia, indicando que se constataba la presencia de trece (13) miembros, y procedió a nombrar las representaciones, a saber: (i) Asociación de Iguales Médicas y Administradoras de Riesgos de Salud (ADIMARS); (ii) Consejo de Desarrollo Económico y Social de Santo Domingo (CODESSD); (iii) Confederación Nacional Unidad Sindical (CNUS); (iv) Asociación de Enfermeras del Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS); (v) Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgos de Salud (ADARS); (vi) Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados (ANDECLIP); (vii) Instituto Dominicano de Prevención y Protección de Riesgos Laborales (IDOPPRIL); (viii) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS); (ix) Confederación Autónoma de Sindicatos Clasistas (CASC); (x) Administradora de Riesgos de Salud para Maestros (ARS SEMMA); (xi) Confederación Nacional de Trabajadores Dominicanos (CNTD); (xii) Servicio Nacional de Salud (SNS); y, (xiii) Confederación Patronal de la República Dominicana (COPARDOM).

e) **Presentación de la Agenda.** Una vez validada la presencia de los miembros del Comité Interinstitucional de Salud y Riesgos Laborales que conformaban el quórum requerido para sesionar y conocer los temas convocados, la Secretaría del Comité procedió a dar inicio a la lectura de la agenda del día, la cual incluyó los siguientes puntos:

1. **Avances en la Implementación de la Resolución Administrativa Núm. 00258-2023,** que establece el Traspaso y Unificación de Núcleo Familiar del Régimen Contributivo de manera digital - *Presentador:* Luis Coronado, Director de Atención al Usuario, SISALRIL.
2. **Propuesta de Nuevo Cuadro de Enfermedades Profesionales (Novedades)** - *Presentadora:* Dra. Graciela Gil, Directora de Aseguramiento en Riesgos Laborales, SISALRIL.
3. **Nuevas Metodologías de Evaluación para la incorporación en el Catálogo de Cobertura (Evaluación de Tecnología Sanitaria)** - *Presentadora:* Lic. Madeline

[Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin, including 'O-ST.', 'MUY', 'APOG', 'SF', '50', 'MDB', 'JML', 'WHL', 'J.P. JESP', and '4']

Martínez, Encargada del Departamento de Evaluación y Análisis Económico, Dirección de Estudios Técnicos SISALRIL.

4. **Propuesta de Financiamiento de Ribociclib, Palbociclib y Pembrolizumab** - *Presentadora:* Dra. Yesenia Díaz, Directora de Aseguramiento en Salud de los Regímenes Contributivos y Planes, SISALRIL.
5. **Costeo de la Propuesta de Financiamiento** (Ribociclib, Palbociclib, Pembrolizumab) - *Presentadora:* Sra. Leticia Martínez, Directora de Estudios Actuariales, SISALRIL.
6. **Resultados de los levantamientos de propuestas de Trasplantes de Hígado y Médula Ósea** - *Presentadora:* Dra. Yesenia Díaz (nuevamente, en su calidad de Directora de Aseguramiento en Salud de los Regímenes Contributivos y Planes).
7. **Punto Libre**, para tratar cualquier otro asunto que los miembros desearan plantear en esta primera sesión.

La agenda fue confirmada sin objeciones por parte de los presentes, dándose por aprobada para su desarrollo tal cual fue presentada.

Luego de leído, y aprobada la agenda del día de la reunión, se procedió a iniciar con la presentación de los temas y proyectos en agenda. A saber:

1. **Avances en la Implementación de la Resolución Administrativa Núm. 00258-2023, que establece el Traspaso Digital y Unificación de Núcleo Familiar del Régimen Contributivo, de manera digital.**

El punto fue presentado por el Sr. Luis Coronado, Director de Atención al Usuario de la SISALRIL, quien inició su intervención presentando al equipo que le acompañaba. Acto seguido, procedió a exponer el contexto histórico, señalando que la SISALRIL recibió en junio de 2021 una instrucción del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) para crear un mecanismo que evitara traspasos de ARS sin consentimiento de los afiliados.

Este mandato derivó en la Resolución 00258-2023, aprobada el 9 de octubre de 2023, la cual, tras un período de adecuación y pruebas, **entró en vigencia el 11 de noviembre de 2024**. Durante ese período piloto, el proceso digital de traspaso operó en paralelo al procedimiento manual, permitiendo recoger recomendaciones de las ARS para mejorar la aplicación antes de su lanzamiento definitivo. Del mismo modo se resumieron los **puntos clave de la Resolución 00258-2023**:

1. **Digitalización del proceso** de traspaso y unificación familiar, eliminando formularios físicos.

2. **Eliminación de barreras burocráticas**, agilizando la gestión de afiliaciones.
3. **Verificación y aprobación en línea**, con tiempos definidos para cada etapa.
4. **Responsabilidades claras** para ARS y SISALRIL en la supervisión de los traspasos y unificaciones.

El Sr. Coronado continuó su exposición explicando las mejoras operativas que ha introducido el nuevo modelo digital, dentro de las cuales mencionó las siguientes:

1. **Optimización del proceso y reducción de tiempos.**
2. **Mayor transparencia y control.**
3. **Validación inmediata de identidad y vínculos.**
4. **Menor uso de papel.**
5. **Mejor localización y comunicación con el afiliado.**
6. **Impacto en las Administradoras de Riesgos de Salud.**
7. **Impacto en los afiliados.**

De igual forma, presentó datos y estadísticas que evidencian los resultados positivos obtenidos a raíz de la implementación del traspaso digital. A modo de conclusión, el Director de Atención al Usuario indicó los desafíos pendientes para consolidar los avances dentro de los cuales mencionó la superación de la resistencia al cambio, la seguridad de los datos, las campañas de difusión hacia los afiliados para dar a conocer esta nueva herramienta digital de traspaso, donde hizo mención especial a la Dirección de Comunicaciones, agradeciendo su apoyo con esta iniciativa, así como también mencionó la mejora de la interoperabilidad entre las ARS, UNIPAGO, SISALRIL y otras dependencias Estatales. Como parte de su conclusión, el Sr. Luis Coronado también resumió que la implementación ha logrado:

1. **Reducción drástica de cancelaciones:** de 70.2% a 7.2% en traspasos ordinarios, y de 25.8% a 5.75% en traspasos con unificación (↘).
2. **Mayor estabilidad y precisión** en la validación de solicitudes, minimizando errores administrativos.
3. **Procesos más ágiles, transparentes y confidenciales**, reduciendo riesgos de cancelación.
4. **Fortalecimiento de la confianza** en el sistema de afiliación, al disminuir la carga administrativa relacionada a rechazos y correcciones (↘).

Antes de cerrar, mostró brevemente un video de la campaña publicitaria que SISALRIL está llevando a cabo junto con la Dirección de Comunicaciones para concientizar a los afiliados sobre el nuevo proceso de traspaso digital. Hora de cierre de su exposición: 9:54 A.M.

Inmediatamente, inicio la ronda de las preguntas.

(Handwritten notes and signatures on the right margin)
O.ST.
MCM
SA
LPOG
HDS
J.M.
J.P.
J.M.
J.P.
J.M.
J.P.
J.M.
J.P.

(Handwritten notes on the left margin)
T.3.0
MCM

a. La primera pregunta presentada fue por la **representante de ARS SEMMA**, quien preguntó: **¿Por qué es fundamental la interoperabilidad entre las ARS, UNIPAGO e IDOPPRIL en este proceso?** El Sr. Coronado respondió que la conexión en tiempo real con estas instituciones es clave para agilizar la validación de datos. Antes, en el proceso manual, si se necesitaba confirmar información sobre una cirugía de alto riesgo cubierta por otra ARS o algún dato del IDOPPRIL, “se perdía un tiempo valioso” esperando respuestas. En cambio, ahora, con la interoperabilidad implementada, esa información se obtiene prácticamente en tiempo real, agilizando los trámites. De igual modo, la integración con la JCE permite verificar automáticamente la identidad y la relación familiar del afiliado (cédula, actas de nacimiento) sin revisar documentos físicos, gracias a la conexión directa con la base de datos civil.

b. La segunda pregunta fue realizada por la **representante de ARS RENACER**, quien felicitó por la gestión del proceso digital. Luego expresó su inquietud por ciertos casos en que la validación biométrica falla debido a fotos antiguas en las cédulas de identidad, impidiendo que algunos afiliados puedan hacer el proceso de traspaso digital. Preguntó: **¿qué se está haciendo al respecto?** A lo que el señor Coronado contestó reconociendo la situación y explicó que SISALRIL ya ha previsto un procedimiento para casos especiales: se envió un correo a todas las ARS instruyendo que, si un afiliado no pasa la validación biométrica (por ejemplo, por foto desactualizada, paralización facial u otra condición), la ARS debe remitir el caso a SISALRIL a través de la plataforma ARCHI-CASO, indicando la situación particular, para entonces que la Dirección de Atención al Usuario, las analicen mientras se realiza el proceso. Igual con la renovación de las cédulas por parte de la JCE, se va a contribuir en mejorar este aspecto.

c. En la tercera intervención el representante en cuestión primero felicitó por la iniciativa de la SISALRIL de optimizar los procesos. Y preguntó cómo el nuevo proceso digital ha impactado los traspasos fraudulentos, que era algo que estaba afectando a varias ARS del SDSS. En su respuesta, Coronado afirmó que, como se mostró en los datos, “la tasa de cancelación se ha reducido drásticamente”, reflejando la disminución de traspasos irregulares. Explicó que las ARS ahora tienen la facultad de verificar con más certeza a través del video de consentimiento, antes de aprobar el traspaso, lo cual dificulta que ocurra un fraude sin ser detectado. No obstante, reconoció que aún pueden presentarse situaciones irregulares; SISALRIL (a través de la Dirección de Atención al Usuario) está vigilante para identificar cualquier caso inusual y tomar las medidas necesarias. Invitó a las ARS a acercarse y reportar cualquier caso puntual sospechoso, reiterando el compromiso innegociable de respetar el derecho del afiliado y a la vez “*respetar el trabajo que hacen las ARS de manera digna.*”

d. La cuarta pregunta dirigida al Sr. Coronado fue realizada por la representante de la **Asociación de Enfermeras del Instituto Dominicano de Seguros Sociales IDSS (ADEIDSS)** quien preguntó que quién es el responsable de indicar el tiempo que se toma de la ARS origen a la ARS Destino y esos 3 meses que dura para que la ARS destino lo asuma como afiliado, quien es el responsable de la protección del afiliado en ese tiempo. De igual forma, señaló que a veces surgen disputas donde ninguna ARS quiere cubrir al afiliado durante el periodo de transición. *Respuesta:* el Sr. Luis Coronado aclaró enfáticamente que **la ARS de origen** mantiene la responsabilidad de la cobertura y protección de derechos del afiliado **hasta que el traspaso se hace efectivo** el primer día del mes siguiente. Una vez realizado el cambio en esa fecha, la **ARS de destino** es quien asume la cobertura a partir de entonces. Reiteró que, ante cualquier situación en que un afiliado pudiera quedar desprotegido en ese ínterin, se debe alertar de inmediato a la SISALRIL para buscarle una solución que garantice la continuidad de la atención y los derechos del afiliado.

e. La quinta pregunta estuvo a cargo de la representante de la **DIDA**, quien cuestionó si se contempla acortar el plazo para que un traspaso sea efectivo, ya que actualmente,

dependiendo de la fecha de solicitud, puede demorar hasta casi 2 meses (ejemplo: si se hace a inicios de mes, se efectiviza el primer día del mes subsiguiente). Preguntó si hay alguna iniciativa para que el afiliado pase a la nueva ARS quizá dentro de un mes o menos. En su respuesta, el Sr. Coronado respondió que "la idea es llegar a ese punto" en que el traspaso se haga efectivo en un plazo más corto. Indicó que la SISALRIL está en un proceso de mejora continua, revisando paso a paso el proceso para corregir lo necesario y así reducir los tiempos hacia ese objetivo. Estableció que, por ahora, mantienen el esquema vigente por prudencia, pero reconoció la meta de lograr traspasos efectivos en un mes o menos en el futuro cercano.

f. La sexta y última pregunta fue realizada por la representante de **ADIMARS** quien tomó la palabra para felicitar los esfuerzos en traspaso digital, pero expresó preocupación por **prácticas de traspasos irregulares** que algunas ARS han enfrentado y que incluso les obligaron a sancionar a promotores inescrupulosos. Mencionó el riesgo potencial de **uso de herramientas tecnológicas como inteligencia artificial** para vulnerar el sistema (por ejemplo, falsificar identidades en video), así como el hecho de que la Ley 87-01 actualmente establece que el canal de afiliación es el promotor de seguros, lo cual pudiera requerir revisión a la luz de este nuevo proceso digital. El Sr. Coronado respondió reconociendo la importancia del punto y aseguró que la SISALRIL necesita la **retroalimentación constante de todas las ARS** para identificar cualquier modalidad de fraude emergente y poder tomar las medidas de lugar. Enfatizó que se crearán controles para prevenir fraudes vía la aplicación y se investigarán los casos detectados a profundidad, "sustentando bien el expediente" que se remitiría a la Dirección Jurídica, a fin de **establecer sanciones ejemplares** cuando

[Handwritten notes and signatures in blue ink on the right margin:]
SF
O.S.T.
M...
AROG
[Signature]
S...
MDS
CO
JMV
[Signature]
HP
[Signature]
J.P.
ESP
[Signature]

corresponda. En resumen, llamó a una colaboración estrecha entre la SISALRIL y las ARS para fortalecer la seguridad del proceso y proteger los derechos de los afiliados frente a cualquier intento de irregularidad.

Siendo las 10:05 A.M., se finalizó la ronda de preguntas dirigidas al Sr. Luis Coronado. Inmediatamente, la Lic. Indhira procedió a llamar a la Dra. Graciela Gil quien estaba a cargo del tema 2 de la agenda.

2. Propuesta de Nuevo Cuadro de Enfermedades Profesionales (Novedades)

El punto fue presentado por la Dra. Graciela Gil, Directora de Riesgos Laborales, quien tomó la palabra indicando el **cambio de enfoque** respecto al tema anterior: *“tenemos que dejar el ámbito del seguro familiar de salud para irnos al ámbito del seguro de riesgos laborales”*. Su ponencia se centró en presentar una **Propuesta de Nuevo Cuadro de Enfermedades Profesionales**, resaltando su **carácter preliminar** (una sensibilización al comité) con miras a eventualmente sustituir la lista vigente de enfermedades ocupacionales, la cual **lleva 21 años sin actualizarse**. La Dra. Gil mencionó que no es la primera vez que la SISALRIL elabora una propuesta en este sentido, pues en ocasiones anteriores se habían sometido intentos de actualización sin éxito, dada la complejidad del tema y la necesidad de consenso.

Para contextualizar la importancia de renovar el cuadro, la Dra. Gil compartió **estadísticas globales y regionales** preocupantes sobre salud ocupacional. Citó datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) indicando que *“anualmente mueren en el mundo dos millones 400 mil empleados por enfermedades relacionadas con su labor y aproximadamente 380 mil por accidentes”*. Asimismo, destacó que, de todos los cánceres, se estima que un 4% tienen origen ocupacional; sin embargo, estos representan **cerca del 30% de la mortalidad laboral** a nivel mundial. Esto demuestra el alto impacto letal que pueden tener las enfermedades profesionales, a pesar de no ser las más frecuentes en términos absolutos.

Antes de entrar en la propuesta específica, explicó brevemente qué se considera una enfermedad profesional, ya que de ello depende si un caso es cubierto como enfermedad común o como laboral. Dentro de los criterios claves están los siguientes:

1. Que exista un factor de riesgo en el lugar de trabajo (agente físico, químico, biológico, ergonómico, psicosocial, etc.).
2. Que el trabajador haya tenido exposición suficiente en tiempo e intensidad a ese factor de riesgo como para desarrollar la patología (usualmente de evolución lenta y curso crónico).

3. Que la enfermedad resultante esté listada oficialmente como enfermedad profesional y que el trabajador sea un afiliado activo (cotizante) al Seguro de Riesgos Laborales.

Solo cumpliendo estos criterios un caso puede ser reconocido y cubierto por el Seguro de Riesgos Laborales; de lo contrario, se trata como una enfermedad común cubierta por el Seguro Familiar de Salud. Este marco explicativo fue importante, señaló la Dra. Gil, porque muchas solicitudes de calificación son declinadas por IDOPPRIL al no cumplir estos criterios claros, lo cual evidencia la necesidad de actualizar y difundir mejor la lista y las definiciones.

A manera de diagnóstico de la situación actual, presentó la lista vigente de enfermedades profesionales (anexa al Reglamento de Riesgos Laborales del año 2002). Esta lista contiene 110 numerales agrupados en 4 categorías generales. Comentó una experiencia: durante la pandemia de COVID-19, al no estar explícitamente el virus SARS-CoV-2 en la lista (solo se mencionan genéricamente “agentes biológicos” sin detallar), la SISALRIL tuvo que emitir un criterio especial declarando el COVID-19 como riesgo biológico cubierto para trabajadores de la salud. Esto ilustró la rigidez y falta de especificidad de la lista actual, que dificulta responder ágilmente a nuevos riesgos emergentes.

También presentó datos nacionales de comportamiento de enfermedades profesionales en los últimos 5 años (2019-2024). Según las estadísticas del IDOPPRIL:

1. En 2019 se reconocieron 162 casos de enfermedad profesional; en 2020 subieron ligeramente, pero hubo un pico relacionado con la gestión de la pandemia COVID-19 en 2021-2022 (muchos casos de contagio ocupacional en personal de salud). Para 2024, el número de enfermedades profesionales reconocidas al momento del corte era de solo 80 casos. Sin embargo, aclaró que esos números no reflejan todos los casos reportados sino solo los reconocidos formalmente por IDOPPRIL tras investigación. De hecho, estimaciones apuntaban a que en 2024 podría haber alrededor de 540 casos reportados en total, pero apenas 80 fueron finalmente validados como de origen laboral.
2. Este comportamiento anómalo se debe en gran medida al subregistro. Citó que la Organización Panamericana de la Salud ha indicado que en Latinoamérica “el subregistro de enfermedades profesionales es de un 95%. Es decir, por cada caso reconocido oficialmente puede haber muchos más que no se identifican o no se tramitan como laborales.

3. Al actualizar los datos hasta fines de 2024, el IDOPPRIL había reconocido 93 casos en ese año, siendo la mayoría de ellos del sector salud (principalmente tuberculosis, COVID-19) y un alto porcentaje perteneciente a trastornos musculoesqueléticos (ej. lesiones de columna por esfuerzo) y sordera ocupacional por ruido. Estos rubros suelen liderar las estadísticas junto con las enfermedades infecciosas en personal de salud.
4. Mencionó que la baja cantidad de casos reconocidos, aparte del subregistro, también refleja la coyuntura de pandemia (muchos casos se concentraron en 2020-2021) y luego un retorno a la baja notificación. Por ejemplo, en 2024 los 93 casos provenían apenas de 32 empresas distintas, de más de 100,000 empresas afiliadas al sistema, lo cual evidencia que muchísimas empresas nunca reportan enfermedades profesionales (.).

Posteriormente, la Dra. Gil analizó brevemente el impacto económico que tienen las enfermedades profesionales y ante ese panorama, justificó la necesidad de **actualizar la lista actual**. Informó que el Reglamento de Seguridad Social en el ámbito de Riesgos Laborales fue revisado y actualizado recientemente por el Consejo Nacional de Seguridad Social, aunque **aún está pendiente de promulgación vía decreto presidencial**. No obstante, ese reglamento actualizado trae un elemento muy importante: otorga a la SISALRIL la **facultad de aprobar mediante resolución el Cuadro de Enfermedades Profesionales**, en lugar de requerir un decreto como hasta ahora. Esto permitirá una actualización **más ágil y flexible** de la lista, cuando sea necesario, por vía administrativa.

Asimismo, indicó que la propuesta de nuevo cuadro que la SISALRIL presentó en esta sesión viene acompañada de un proyecto normativo que crea un Comité Técnico de Enfermedades Profesionales. Ese comité sería el responsable de:

1. Revisar casos en desacuerdo entre una ARS y el IDOPPRIL sobre si una patología particular es o no de origen laboral.
2. Recomendar la inclusión de nuevas enfermedades en el cuadro, en caso de surgir evidencia o situaciones especiales no contempladas.

La Dra. Gil, destacó que con esta propuesta se lograría racionalizar la carga económica entre los seguros de salud y de riesgos laborales. Actualmente, ante la duda, muchos casos terminan siendo cubiertos por el Seguro Familiar de Salud (SFS) con cobertura limitada, cuando quizá debieron ser del Seguro de Riesgos Laborales (SRL) que cubre 100%. Con un cuadro actualizado y criterios claros, cada caso iría al seguro que corresponde: *"...si hay algún tipo de cáncer, los trabajadores tendrán la cobertura de un 100% (por el seguro de*

riesgos laborales) y cuando se determine que sea común, tendrá la cobertura que corresponde por el seguro familiar de salud”.

En cuanto al financiamiento de aplicar las coberturas en riesgos laborales, la Dra. Gil explicó que el Seguro de Riesgos Laborales cuenta con **reservas técnicas** acumuladas: hay reservas para gastos médicos, para prestaciones económicas de corto plazo (subsidios), para pensiones por discapacidad/sobrevivencia, e incluso un fondo de auxilio funerario (.). Además, existen excedentes (por ejemplo, cotizaciones no reclamadas) debido a la baja siniestralidad reportada. Según cálculos actuariales preliminares, la ampliación de cobertura podría financiarse **sin aumentar la tasa de cotización**, simplemente utilizando dichos excedentes y reservas en un período de unos 5 años mediante una redistribución interna del seguro de riesgos laborales. En palabras de la Dra. Gil, “*todos sabemos que hay un excedente en el seguro de riesgos laborales*”, por lo que hay margen financiero para mejorar beneficios. Indicó que este punto técnico sería profundizado por el Área Actuarial de SISALRIL cuando corresponda.

Concluida la presentación de la Dra. Graciela Gil, inmediatamente, pasamos a las preguntas.

a. La primera pregunta realizada fue **por la representante del ADIMARS**, quien habló sobre el tema del subregistro, indicando que no es un tema nuevo, y que por qué razón persiste, ya que **todo caso no registrado como laboral termina cubierto por el Seguro Familiar de Salud (SFS)**, lo cual tiene *dos implicaciones*: *Primero*, el afiliado recibe una cobertura menor (pues el SFS tiene límites de cobertura y copagos, a diferencia del 100% del SRL); y *segundo*, las estadísticas y costos se cargan indebidamente al fondo de salud, distorsionando la realidad y perjudicando sus finanzas. Preguntó qué medidas se proponen para mejorar la identificación y registro de las enfermedades profesionales en el sistema.

En su respuesta, la Dra. Gil respondió que la propuesta de nuevo cuadro vendrá acompañada de una **jornada de divulgación y sensibilización** amplia. En primer lugar, enfocada a los **prestadores de servicios de salud (PSS)** (médicos, clínicas): a quienes se les instruirá que en las historias clínicas registren la ocupación del paciente y sus años trabajando en esa actividad económica. Esto es fundamental para establecer la posible relación trabajo-enfermedad. Si el médico que diagnostica incluye esos datos, será más fácil para la ARS y para el IDOPPRIL detectar un caso laboral. En segundo lugar, se trabajará con las **ARS** para que analicen las reclamaciones médicas con “lentes ocupacionales”: que crucen el diagnóstico con la historia ocupacional del afiliado.

La Dra. Gil mencionó que se han visto casos donde se sospechaba origen ocupacional, pero el trabajador no tenía suficiente tiempo de exposición en ese empleo para desarrollar la

[Handwritten notes and signatures in blue ink on the right margin:]
D
SF
O.S.T.
MCM
APOG
MDS
JMV
CA
JP
WHA
J.P.
J.E.S.P.
M

enfermedad, y que, en esos casos, se va a *declinar* como laboral; no obstante, otros casos sí podrían calificarse y tal vez no se estaban identificando. Por ello, se fortalecerán los procedimientos de investigación conjunta entre ARS e IDOPPRIL: la nueva normativa propone un **mecanismo de discusión técnica** entre ambas partes, incluyendo la participación del equipo de auditoría médica de SISALRIL, para conciliar criterios y determinar en esos casos límite si es laboral o común. Este proceso ya existe en la normativa (con juntas médicas y emisión de dictámenes finales), y la SISALRIL está dispuesta a intervenir y pronunciarse cuando haya discrepancias. La clave será **sensibilizar**: promover la investigación activa y el reporte en sectores donde actualmente prácticamente no se reportan enfermedades (por ejemplo, mencionó industrias químicas que podrían generar casos, pero no los reportan). La meta es que, con un cuadro más claro y preciso, todos – médicos de ARS incluidos – puedan decidir correctamente si corresponde cobertura laboral o no, reduciendo el subregistro.

Finalmente, la Dra. Gil destacó que independientemente de las clasificaciones, el Reglamento vigente (Art. 9) establece que *“el afiliado no podrá quedar desprotegido”*. Y que la SISALRIL garantiza que, si por error algo se cargó al seguro equivocado, habrá reembolso o recobro entre fondos sin que el afiliado se vea perjudicado. Afirmó indicando que el afiliado no puede quedar desprotegido. Lo más importante siempre será proteger al trabajador, y los actores del sistema se encargan del financiamiento.

b. La segunda pregunta fue realizada **por el representante de ADARS** quien planteó la problemática de los accidentes de tránsito laborales. Señaló que con frecuencia cuando un trabajador sufre un accidente camino al trabajo o en vehículo de la empresa, no se identifica claramente como accidente de trabajo, por lo que termina cubierto por la ARS (Seguro Familiar de Salud) y no por el Seguro de Riesgos Laborales. Esto, sumado a otros casos, hace que el SFS asuma costos que corresponden a riesgos laborales. Mencionó que *“afortunadamente en IDOPPRIL sobran recursos, mientras en el SFS faltan”*, por lo que pidió más coordinación para distribuir la carga adecuadamente. Asimismo, preguntó si el IDOPPRIL está **ampliando su red de prestadores** de servicios, pues a veces cuando un afiliado accidentado va a una clínica por su ARS, surgen inconvenientes para recobrar el gasto del IDOPPRIL debido a exigencias y demoras de este último (.). En resumen, sugirió revisar estos puntos para mejorar la eficiencia del sistema en su conjunto, ya que *“estamos claros que lo principal es el afiliado, pero después del afiliado, las instituciones también tienen sus necesidades”*. Ante esta intervención, la Dra. Gil agradeció los comentarios y propuso, con apoyo del Superintendente, establecer mesas de trabajo para tratar en detalle estos temas específicos, como por ejemplo revisar el criterio y alcance de los contratos de gestión que realiza el IDOPPRIL y que sean homologados con el de las ARS.

c. La tercera y última pregunta fue realizada por el representante de ANDECLIP, quien preguntó si están contemplados dentro del nuevo cuadro las estadísticas de la epidemia del COVID-19, mencionó secuelas visuales o mentales post-COVID, y en general trastornos surgidos a raíz de la pandemia que algunas empresas están enfrentando en empleados. Cuestionó si en la elaboración participaron las áreas de epidemiología o calidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ya que “no hay esos datos todavía bien clasificados”, y cómo se incorporarán estos cuadros clínicos en la propuesta. La Dra. Gil respondió positivamente, indicando que en el **Grupo III (Agentes Biológicos)** de la nueva lista se incluyen virus y otros patógenos como causas de enfermedades ocupacionales. Específicamente el **VIH** y **SARS-CoV-2 (COVID-19)** están contemplados, indicando para cuáles actividades económicas se reconocen como riesgo ocupacional (por ejemplo, COVID para trabajadores de la salud, seguridad, etc.). Además, añadió que la propuesta prevé una “**lista abierta**” siguiendo recomendaciones de la OIT, de modo que si aparece cualquier situación no esperada (como sucedió con SARS-CoV-2 en 2020), el Comité Técnico pueda inmediatamente evaluarla e **insertarla en el cuadro de Enfermedades Profesionales** para que sea reconocida sin tener que esperar años por una modificación formal.

Asimismo, aclaró que cualquier sector productivo que entienda que alguna enfermedad relacionada con su actividad no quedó incluida en el cuadro podrá **solicitar que se estudie su incorporación** durante el proceso de consulta pública del nuevo cuadro. Es decir, la lista no es exhaustiva ni cerrada; está abierta a aportes antes de su aprobación final y a futuras actualizaciones dinámicas a través del Comité Técnico.

Siendo las 10:34 A.M., concluyó la intervención de la Dra. Graciela Gil, Directora de Aseguramiento en Riesgos Laborales de la SISALRIL.

En seguida, se introduce a la Licda. Madeline Martínez, Encargada del Departamento de Evaluación y Análisis Económico, de la Dirección de Estudios Técnicos, quien estuvo a cargo del tercer tema de la agenda.

Nueva Metodología de Evaluación de Tecnología Sanitaria para la incorporación de cobertura en el catálogo.

El punto fue presentado por Licda. Madeline Martínez, quien comenzó dando la bienvenida a todos los miembros. Introdujo el tema mencionando el impulso global hacia la **Cobertura Universal en Salud (CUS)** desde el año 2012 liderado por la Organización Mundial de la Salud. Explicó que lograr la CUS implica abordar **tres dimensiones**: la cobertura financiera, la cobertura de servicios (qué servicios se brindan) y la población

cubierta (afiliación). Muchos países, especialmente en nuestra región, han estado buscando **mecanismos transparentes y viables** para decidir qué tecnologías de salud (medicamentos, procedimientos, etc.) incluir en sus catálogos de cobertura.

La Lic. Martínez explicó en ese contexto, que la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales instituyó un **nuevo proceso de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (EVTESA)** para apoyar la toma de decisiones de cobertura basadas en evidencia científica.

Antes de detallar el proceso, aclaró los siguientes conceptos:

1. **¿Qué es una “tecnología sanitaria”?** En el sentido amplio que manejan, es “cualquier intervención desarrollada para prevenir, diagnosticar o tratar un problema de salud”. Esto abarca medicamentos, procedimientos médicos o quirúrgicos, vacunas, dispositivos, e incluso programas de salud pública.
2. **¿Qué es la Evaluación de Tecnología Sanitaria (ETS) para SISALRIL?** La definieron como “un proceso multidisciplinario que utiliza métodos explícitos para evaluar el valor de una tecnología a lo largo de su ciclo de vida”, es decir, considerando desde la prevención y promoción hasta el tratamiento y rehabilitación. Esta evaluación considera varios aspectos tales como: la eficacia, seguridad, costo-efectividad, impacto presupuestario, entre otros.

¿Por qué institucionalizar este proceso? La Lic. Martínez enfatizó que este mecanismo sirve para **tomar las mejores decisiones de cobertura** al incluir nuevas tecnologías en el catálogo, asegurando que dichas decisiones vengan acompañadas de criterios de equidad, eficiencia y calidad. Hasta hace poco, las inclusiones en el catálogo podían responder a presiones o demandas puntuales; ahora se busca que sigan una evaluación técnica rigurosa.

Además, informó que mediante Resolución Administrativa 010-2022, la SISALRIL formalizó la adopción de este proceso ETS, creando además una **Mesa de Priorización Institucional**. Explicó que la mesa es para **elegir y priorizar** cuáles tecnologías serán evaluadas primero, dado que es imposible analizarlas todas simultáneamente. De hecho, reveló que **han recibido más de 180 solicitudes** de evaluación de distintas fuentes (industria farmacéutica, asociaciones de pacientes y público general) que proponen coberturas de nuevos medicamentos o procedimientos. La **Mesa de Priorización** examina esas solicitudes y selecciona algunas basándose en criterios como impacto potencial, urgencia, carga de enfermedad, etc. Actualmente se enfocan en evaluar un subconjunto manejable de tecnologías de alto interés.

Asimismo, mencionó que la **República Dominicana no está sola en este esfuerzo**, mostrando un mapa/registro de agencias de ETS en la región. Así mismo, citó ejemplos como CONITEC (Brasil), IETS (Colombia), CONETEC (Argentina), AETS (Uruguay), entre otros, indicando que al igual que RD, muchos países de América han institucionalizado en los últimos años

procesos similares. Esto da confianza de que se está siguiendo una tendencia necesaria para tener mecanismos claros y transparentes de incorporación de tecnologías en salud.

Continuando con su exposición, la Lic. Martínez explicó los pasos para que cualquier interesado pueda solicitar una evaluación de tecnología sanitaria en la SISALRIL. Seguidamente, describió de forma resumida las **etapas del proceso de Evaluación de Tecnologías Sanitarias** que la SISALRIL ha definido (presentó 5 etapas):

1. **Priorización:** inicia con la recepción de solicitudes (llenado del formulario a través de la oficina virtual de la SISALRIL) y la reunión de la Mesa de Priorización para decidir qué tecnologías de las recibidas pasan a evaluación. (Ejemplo: de 30 solicitudes, quizás priorizan 10).
2. **Enfoque de la ETS (scoping):** una vez elegida una tecnología a evaluar, el equipo realiza una búsqueda preliminar de datos para definir bien **qué pregunta se va a responder** y **qué tipo de evaluación** se hará. Pueden hacer diferentes tipos de informes: desde **síntesis de evidencia rápida** (cuando se necesita algo sencillo) hasta **evaluaciones rápidas y completas** que incluyan análisis económicos detallados. En esta etapa se delimita claramente la población, intervención, comparador y desenlaces a estudiar.
3. **Elaboración del Documento:** es la fase de investigación a fondo. Se recolecta y analiza la evidencia científica (eficacia, seguridad, costo-efectividad, guías internacionales, etc.) y se redacta un informe técnico. Aquí SISALRIL involucra a **dos actores externos clave:** por un lado, a **pacientes o asociaciones de pacientes** relevantes, para conocer sus perspectivas y necesidades respecto a la tecnología evaluada; y por otro, a las **sociedades médicas especializadas**, para definir conjuntamente la política de cobertura recomendada (por ejemplo, criterios clínicos de uso). Esta interacción con pacientes y médicos enriquece el proceso y asegura que se consideren aspectos del mundo real y del estándar de cuidado local.
4. **Difusión de Resultados:** se comparten los hallazgos con el **solicitante** y se discuten. Es decir, SISALRIL hace una retroalimentación formal de lo que encontró (por ejemplo, si recomienda o no la cobertura, en qué condiciones, etc.)
5. **Publicación:** finalmente, los informes concluidos se publican en la página web de SISALRIL, en una sección dedicada a estos fines. De hecho, informó que ya han colocado algunos informes que han estado construyendo, de manera que todos los actores involucrados (ARS, prestadores, público interesado) puedan consultarlos. Esto refuerza la transparencia del proceso.

Recalcó también en su exposición que **este proceso de ETS no sustituye los protocolos clínicos ni las guías de práctica médica** existentes. Su finalidad es proveer evidencia para decidir **cómo dar cobertura** a las tecnologías, no cómo tratar pacientes individualmente. Las guías clínicas seguirán indicando el manejo médico; la ETS indicará si el seguro cubre tal o cual intervención, y en qué condiciones, para asegurar la sostenibilidad y beneficio colectivo.

Para finalizar, resaltó que contar con un proceso formal de ETS posiciona a SISALRIL como referente en la región y sirve para asegurar que la cobertura otorgada a la población dominicana sea realmente efectiva. En sus palabras, explicó que se apuesta a tener un sistema sostenible tanto financieramente como socialmente, entregando “qué tan eficiente y qué salud le estamos dando a la población afiliada”. Para concluir, agradeció la atención y abrió la sesión para preguntas.

a. En seguidas, se abrió el espacio para las preguntas, comenzando con la primera intervención a **cargo del Dr. Luis F. Giacometti Rojas (Comité Técnico de ADIMARS y ARS Futuro)**, quien felicitó la iniciativa indicando que la evaluación de tecnologías es una metodología conocida por más de 30 años en países desarrollados y algunos de Latinoamérica, “*no nos estamos inventando el agua tibia*” –dijo–, aunque reconoció que RD está llegando algo tarde a adoptarla, “*por más vale tarde que nunca*”. Su inquietud principal fue que “*el problema no es tanto la incorporación de nuevas tecnologías, sino ¿qué se hará con las que ya están y están obsoletas, demostradas... que ya no sirven o incluso hacen daño?*”, que ya haya evidencia clínica de que estas tecnologías ya no son efectivas. Indicó que se debe hacer un análisis más profundo de cómo se va a sustituir lo que ya tenemos pero que por evidencia científica ya está demostrado que no es efectiva y que somete a los afiliados a problemas negativos. Continúo explicando que en la medicina es muy usual que las nuevas tecnologías sustituyan a las viejas y realizó un llamado a la SISALRIL para que revise el catálogo y lo limpie de aquellas intervenciones que ya no funcionan o que ya no les traen beneficios a los afiliados.

La Lic. Martínez agradeció el comentario y confirmó que **justamente** están trabajando en esa línea. Reveló que SISALRIL está desarrollando un “**Manual de Desinversión**”, para establecer la metodología sobre **cómo excluir del catálogo servicios o tecnologías que carecen de efectividad o tienen muy poco uso**. La idea es tener reglas claras, así como las hay para incorporar, también para **retirar coberturas** que la evidencia indique obsoletas. Aclaró que no se puede simplemente eliminar algo del catálogo de un día para otro; se necesita un proceso técnico que justifique por qué se saca y cómo se comunicará. Este manual de desinversión irá de la mano con un manual de evaluación económica, complementando el marco de ETS. De hecho, comentó que **ya han hecho ejercicios piloto** probando el manual, para identificar tecnologías candidatas a salir y ver cómo aplicarían el proceso, con miras a presentarlo próximamente y darlo a conocer. En cuanto al señalamiento de ir “tarde” en iniciar ETS, reconoció que se hubiera deseado empezar antes, pero “*lo importante es que llegamos*”. Destacó que incluso países con décadas en esto,

como Brasil, también pasaron por un proceso de adaptación, apoyándose de los diferentes actores del sistema para lograr apoyo y credibilidad.

b. La segunda intervención en este tema fue realizada **por la representante de ARS SEMMA** quien intervino para plantear una preocupación desde la perspectiva de las ARS: Enfatizó que muchas veces se prescriben **medicamentos oncológicos de altísimo costo a pacientes en estado terminal**, generando gastos enormes que no conllevan una mejoría real, pues el paciente fallece igualmente poco después. Explicó que con frecuencia los pacientes con cáncer metastásico avanzado mueren incluso antes de completar el trámite burocrático para obtener el medicamento de alto costo y que el paciente queda con la esperanza de sobrevivir, cuando en realidad es una enfermedad patológica que no procede.

Dio un ejemplo estremecedor: *“un paciente con cáncer de mama metastásico en cerebro, pulmón y huesos, postrado en cama, al que le están indicando medicamentos de 385,000 pesos mensuales; la familia, en su desesperación, piensa que le va a salvar la vida, hipotecan hasta sus casas, y el paciente fallece 2 o 3 días después”*. Hizo un llamado a la **sensibilidad humana**, afirmando que un paciente en etapa terminal *“necesita más bien un tratamiento paliativo y humano para tener un final digno, y no cargar a su familia con deudas impagables”*. En resumen, sugirió que además de los criterios técnicos, se tome en cuenta la calidad de vida y pronóstico del paciente, para no autorizar tratamientos insignificantes en casos irreversibles.

La Lic. Martínez agradeció una vez más por los comentarios expresados y manifestó estar de acuerdo. Así mismo, precisó que por eso en el proceso de ETS **se está haciendo partícipes a las sociedades médicas**, para que integren estas consideraciones clínicas y éticas en las decisiones de cobertura. Mencionó la importante de que los propios médicos tratantes tengan directrices sobre la oportunidad de prescribir ciertos tratamientos. Explicó que, a través del diálogo con las sociedades médicas, se puede fomentar un uso más adecuado y compasivo de las tecnologías, evitando intervenciones agresivas e inútiles en pacientes al final de la vida. Aunque su respuesta fue breve, dejó asentado que la inquietud queda anotada y que la **ética y la humanidad** forman parte de la discusión en este proceso.

Con esa última pregunta y siendo las 11:02 A.M., concluyó la presentación de la Lic. Madeline Martínez.

A continuación, La Lic. Indhira procede a introducir al próximo tema de la agenda, a cargo de la Dra. Yesenia Díaz, Directora de Aseguramiento en Salud de los Regímenes Contributivos y Planes.

3. Propuesta para financiamiento del *Ribociclib*, *Palbociclib* y *Pembrolizumab*,

Este punto fue presentado por la Dra. Yesenia, quien inició su presentación agradeciendo en primer lugar por la reactivación del comité y da una introducción de su tema. Indicó que presentaría una propuesta específica relacionada con la cobertura de ciertos medicamentos de alto costo para cáncer, pero primero quiso retomar brevemente dos puntos mencionados en la discusión anterior (por la Lic. Madeline), aprovechando el “espacio abierto” que quedó:

1. Necesidad de desinversión en tecnologías obsoletas: Confirmó que SISALRIL, tal como señaló Madeline, está trabajando en una política de desinversión. De hecho, anunció que próximamente presentarán al Comité una política formal para excluir servicios obsoletos o sin beneficio clínico probado, sobre la cual ya se ha venido desarrollando trabajo técnico.
2. Preocupación por medicamentos en pacientes terminales: Agradeció la observación de la representante de ARS SEMMA y coincidió en la problemática del gasto en pacientes sin esperanza de cura. Sin embargo, matizó que metástasis no siempre es sinónimo de muerte inmediata. Señaló que hoy día hay pacientes en etapa metastásica que, gracias a medicamentos innovadores, pueden “tener un poco más de calidad de vida” e incluso prolongar su vida útil de forma significativa. Comprendiendo el punto de la colega, dijo que cuando tenemos un familiar con cáncer, queremos tenerlo con nosotros el mayor tiempo posible. La cuestión crítica es cuánto tiempo adicional se logra y con qué calidad de vida, y precisamente esas son las consideraciones que se pretenden clarificar con la evidencia en la propuesta que presentaría a continuación.

Hecha esa introducción, la Dra. Díaz procedió con su tema principal. Explicó que la SISALRIL realizó un análisis clínico, epidemiológico y económico de estas moléculas como un ejercicio práctico de ETS, con la intención de introducir al Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) una nueva forma de toma de decisiones basada en evidencia científica. Esto en contraposición al modelo previo donde a veces las decisiones se basaban principalmente en demandas inducidas por la industria, por médicos o por pacientes, sin suficientes datos objetivos. Explicó que el estudio se enfocó en dos escenarios clínicos: 1) **Ribociclib y Palbociclib** para pacientes con **Cáncer de mama metastásico, receptor hormonal positivo (HR+) y HER2 negativo**, en mujeres pre, peri o postmenopáusicas y 2) **Pembrolizumab** para pacientes afiliados con Cáncer de pulmón no microcítico metastásico (CPNM), como tratamiento de primera línea en combinación con quimioterapia.

Definió el primer escenario: El cáncer de mama HR+ HER2- metastásico comprende aquellos tumores que “*son dependientes de estrógenos o progesterona para crecer*” (hormono-sensibles) y que no sobre-expresan la proteína HER2. Aclaró que los medicamentos Ribociclib y Palbociclib son inhibidores de CDK4/6 indicados para ese tipo de cáncer de mama avanzado. Antes de entrar en los fármacos, presentó datos de contexto

sobre la carga del cáncer global y nacional, para dimensionar la relevancia, demostrando que el cáncer es la primera causa de muerte en el mundo.

Profundizando en el análisis de su tema, la Dra. Díaz describió las **premisas bajo las cuales SISALRIL abordó este estudio:**

1. **Mandato del MISPAS:** En 2022, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social envió una comunicación a la SISALRIL solicitando incorporar al Plan de Servicios del SDSS cierto **número de medicamentos oncológicos** que no están cubiertos actualmente por el Programa de Alto Costo del Ministerio. Esto con la intención de mejorar el acceso de los pacientes, ya que el programa de medicamentos de alto costo tiene sus limitaciones presupuestarias y de alcance. En otras palabras, se pidió evaluar la posibilidad de que el seguro de salud asumiera algunos tratamientos costosos para aliviar la carga del fondo público de altos costos.
2. **Brechas en el catálogo actual:** Al revisar el catálogo de cobertura vigente, la SISALRIL identificó que para el cáncer de mama y el cáncer de pulmón **existen medicamentos cubiertos de tipo hormonal (terapias tradicionales de primera y segunda línea)**, pero **no hay terapias dirigidas modernas** como los inhibidores CDK4/6 o ciertos inmunoterápicos. De ahí radica el interés de analizar Ribociclib, Palbociclib (terapias dirigidas para mama) y Pembrolizumab (inmunoterapia para pulmón), en respuesta también a lo solicitado por el MISPAS.
3. **Rol de la SISALRIL:** Aclaró que la SISALRIL como ente regulador **no "recomienda" políticamente** qué hacer (no toma la decisión final), sino que su función con este estudio es presentar al CNSS la evidencia para que los **tomadores de decisión** (los miembros del Consejo) cuenten con toda la información necesaria y puedan tomar una **decisión consciente**. Es decir, la SISALRIL presentará los pros, contras, impactos y factibilidad, pero corresponderá al CNSS decidir si se incorporan estas coberturas o no.
4. **Cobertura amplia de población:** La propuesta contemplaría que, si se aprueban, sea para **toda la población afiliada** que lo necesite, incluyendo no solo el Régimen Contributivo sino también el Subsidiado, e incluso planes de pensionados y jubilados. Esto es importante, dado que el fondo de altos costos actualmente cubre principalmente a quienes no pueden costear estos medicamentos (muchos son del subsidiado). Incluirlos en la cobertura del PDSS implicaría cobertura universal para afiliados de cualquier régimen, con el financiamiento compartido por todo el sistema.

Los inhibidores de CDK4/6 *Ribociclib* y *Palbociclib* tienen indicaciones similares en cáncer de mama avanzado. La Dra. Díaz señaló que ambos ayudan a retardar o detener la propagación de las células cancerosas y pueden usarse solos o combinados con terapia

hormonal (p.ej., con letrozol, fulvestrant). El Ribociclib en particular está aprobado para mujeres pre, peri y postmenopáusicas, mientras que el Palbociclib se usa principalmente en postmenopáusicas, pero en esencia cubren la misma población.

Destacó que aquí se está hablando de terapias muy específicas con criterios definidos científicamente para su uso, no de fármacos generalizados. por tanto, cualquier cobertura contemplaría esos criterios (ej. paciente con receptores hormonales positivos, sin tratamiento previo para metástasis, etc.).

Aplicando la metodología ETS, formularon una pregunta de investigación: “¿Debe financiarse el uso de Ribociclib y/o Palbociclib en el Seguro Familiar de Salud para pacientes con cáncer de mama metastásico HR+ HER2-?” Esta pregunta conlleva realmente dos subpreguntas: ¿es clínicamente eficaz? y, si lo es, ¿es económicamente viable?

Los **hallazgos de la evidencia clínica** fueron:

1. **Ribociclib:** En mujeres pre, peri o postmenopáusicas con cáncer de mama metastásico HR+ que no habían recibido tratamiento previo para metástasis, Ribociclib (combinado con terapia endócrina) **mejora la Supervivencia Libre de Progresión (SLP)** de la enfermedad, **incrementa la Tasa de Respuesta Objetiva** (reducción tumoral) y también **prolonga la Supervivencia Global (SG)** en comparación con la terapia hormonal sola, aunque a costa de un aumento en efectos adversos (principalmente neutropenia).
2. **Palbociclib:** Demostró **aumentar la Supervivencia Libre de Progresión** en comparación con terapia hormonal sola, pero **no mostró una mejoría significativa en la Supervivencia Global**. Es decir, las pacientes viven más tiempo sin que la enfermedad avance, pero no necesariamente viven más tiempo en total.
3. De lo anterior se concluye que **Ribociclib es superior a Palbociclib** en eficacia global, al proporcionar también beneficio en supervivencia total. En palabras de la expositora: “*Ribociclib es superior al Palbociclib*” (1), dado que ofrece más ventajas clínicas.

Con este dato, surgió la cuestión de **si incluir ambos fármacos o solo uno**. Dado que ambos apuntan a la *misma población e indicación*, planteó: *¿Es necesario cubrir los dos medicamentos si tratan a las mismas pacientes?* Probablemente no; habría que elegir el que aporte mayor beneficio, y según la evidencia, ese sería **Ribociclib**, quedando Palbociclib como alternativa solo en circunstancias particulares.

Así mismo, la Dra. Díaz, comentó que la literatura indica que existen **casos específicos en los que Palbociclib podría usarse si Ribociclib no puede** (por ejemplo, contraindicaciones, intolerancia específica, etc.), por lo tanto, la **recomendación técnica preliminar** es que, de incluirse en el Plan, **se dé preferencia a Ribociclib** como tratamiento de elección, y que **Palbociclib se reserve para aquellos pacientes que no puedan recibir Ribociclib**. De este modo, se evita duplicar gastos en dos medicamentos similares, concentrando la cobertura en el de mayor eficacia, sin dejar de ofrecer la alternativa cuando sea necesario por razones médicas.

También investigaron las **decisiones de agencias de ETS internacionales** sobre estos fármacos. Encontraron que en varios países se recomendó su financiación, **pero condicionada a acuerdos de precio con la industria** debido al alto costo. Esto se relaciona con la dimensión de costo-efectividad.

Sobre la **viabilidad financiera**, los análisis económicos arrojaron que, **al precio de lista actual, ninguna de las dos terapias sería costo-efectiva para el sistema dominicano**. La Dra. Díaz enfatizó: *“el precio en el cual se están comercializando estas tecnologías no nos permitirá como sistema garantizar una continuidad”*. Incluso si se cubrieran, los afiliados agotarían rápidamente los límites de cobertura y tendrían copagos altísimos, lo que las hace impracticables sin negociación. En resumen, **el factor precio es determinante**: la evidencia científica muestra eficacia, pero a los precios vigentes el sistema no puede costearlos de manera sostenible.

Continuando con su presentación, la Dra. Yesenia presentó datos de precio de mercado indicando que el Ribociclib tenía al momento del análisis un precio aproximado de **RD\$309,154.21** por caja (dosis mensual), lo que equivale a unos **US\$65,906.03 al año por paciente**. Es un costo extremadamente elevado para el sistema. Sumado a esto, muchas pacientes reciben simultáneamente medicamentos hormonales como Letrozol, Anastrozol o Tamoxifeno (que sí están en catálogo y son económicos), pero que se añaden al costo total. En cuanto al Palbociclib tenía precio similar (mencionó RD\$317 mil al mes antes de negociación).

En términos de cobertura financiera, se recomienda que se financien estas tecnologías, sin embargo, el precio determina que generalmente NO suelen ser costo - efectivo. Ambos medicamentos tienen una efectividad probada y por eso en términos de distribución para las mujeres que pueden usar este medicamento, se esperaría que la indicación sea mayor al *Ribociclib*, en un 90% y al *Palbociclib* un 10%.

A continuación, la Dra. Yesenia nos comienza a hablar sobre el *Pembrolizumab*: cáncer de pulmón de las células no pequeñas. Hora de inicio: 11:25 AM. Indicó que se evaluó su uso en **cáncer de pulmón de células no pequeñas metastásico**, en pacientes **sin tratamiento previo** para metástasis, en combinación con quimioterapia estándar. Este es el escenario

Handwritten notes and signatures on the right margin:
- A large signature at the top.
- "SF"
- "O.S.T."
- "MCM"
- "APOG"
- A large signature below "APOG".
- "SP"
- "JMC"
- "MS"
- "P"
- "WSP"
- "JESP"

Handwritten notes on the left margin:
- "T.E.O."
- "2023"

típico de **primera línea** en cáncer de pulmón avanzado con PD-L1 positivo o sin contraindicaciones para inmunoterapia. Reiteró que, del mismo modo, formularon su pregunta: ¿Debe el SFS financiar *Pembrolizumab* para estos pacientes? Y se analizaron los desenlaces de Supervivencia Libre de Progresión y Supervivencia Global como criterios principales.

Los **resultados clínicos** muestran que el **Pembrolizumab sí mejora significativamente la Supervivencia Global y la Supervivencia Libre de Progresión** en cáncer de pulmón metastásico cuando se añade a la quimioterapia, comparado con quimioterapia sola. Por tanto, clínicamente se recomienda su utilización en primera línea (esto concuerda con guías internacionales donde *Pembrolizumab* + quimio es estándar en cáncer de pulmón metastásico con expresión de PD-L1, etc.).

En cuanto a la **recomendación internacional**, explicó que es similar a la de los anteriores: las agencias de ETS sugieren cubrirlo **solo si se logran acuerdos de precio/valor con la farmacéutica**, dada la onerosidad del tratamiento. De igual forma, mencionó que en los últimos años se están implementando en el mundo **acuerdos innovadores de pago por resultados o riesgo compartido**, donde la industria asume parte del costo si los pacientes no responden como se espera.

Comentó que en el país ya se empieza a pensar en esta modalidad. Incluso la Dirección de Compras y Contrataciones del Estado está analizando implementar **compras basadas en valor** en ciertos rubros, lo cual es una buena noticia. La SISALRIL buscaría la manera de que la Seguridad Social también se sume a esas estrategias, que pueden ser muy beneficiosas tratándose de medicamentos de altísimo costo.

Sobre el **costo del Pembrolizumab**, indicó que inicialmente el precio ofertado era de alrededor de **US\$5,462.47** por unidad (dosis). Tras negociación, la industria redujo a aproximadamente **US\$3,700** por dosis. Aun así, es costoso, por lo que más allá del descuento directo, la clave sería lograr **esquemas de co-financiamiento**. La idea es que con la normativa clara del CNSS, se logre "sentarnos en la mesa con la industria farmacéutica porque pueden ser un buen aliado para garantizar efectivamente estos servicios a los pacientes". Es decir, la alianza público-privada donde el sector farmacéutico aporte una parte (ya sea en medicamentos gratis después de cierto número de dosis, o reembolsando si falla, etc.).

Finalmente, la Dra. Yesenia Díaz invitó a reflexionar que el objetivo último es garantizar el acceso de los pacientes a terapias innovadoras **sin comprometer la sostenibilidad financiera**. Con evidencia en mano y propuestas de la industria, corresponderá al CNSS estudiar la inclusión de estos medicamentos.

Al concluir con la presentación de la Dra. Yesenia, no se presentaron preguntas por lo que, siendo las 11:29 A.M. se dio por concluida su intervención.

En seguida, la Lic. Indhira procede a presentar a la Act. Leticia Martínez, Directora de Estudios Actuariales.

5. **Costeo de la propuesta de financiamiento de Ribociclib, Palbociclib y Pembrolizumab.** Siendo las 11:30 A.M., se inició su presentación.

Este tema fue presentado por la Act. Leticia Martínez Martiñón, quien presentó varias estimaciones de los montos *per-capitas* divididos en el régimen contributivo, subsidiado y pensionados, mediante los cuales se pudieron visualizar los valores y costos asociados a la inserción de estos medicamentos oncológicos dentro del catálogo del PDSS. También, nos habló sobre la presión que ejercen estos medicamentos y el costo asociado al ciclo anual de estos medicamentos. Indicó que para el otorgamiento de los medicamentos oncológicos se estimó un límite de cobertura de unos RD\$2,090,000.00 por año, por ende, el per cápita es de RD\$3.87 mensual por afiliado o RD\$4.30 con gastos administrativos para el régimen contributivo. Para el otorgamiento de los medicamentos oncológicos se estimó un límite de cobertura de unos RD\$2,090,000.00 por año, por ende, el per cápita es de RD\$13.98 mensual por afiliado o RD\$4.30 con gastos administrativos para el régimen contributivo.

En cuanto al Régimen contributivo: Con la cobertura y los precios asociados que tenemos, el tratamiento no se podrá garantizar por un periodo anual. No se podría garantizar el ciclo anual de esos afiliados

Destacó sobre la suficiencia que pueda tener el fondo de la cuenta del cuidado de la salud. De igual forma, hizo énfasis en que el fondo hoy en día tiene una presión muy fuerte y que *“apenas estamos garantizando la cobertura de la distribución hacia las ARS”*. Siendo las 11:45 A.M. concluyó con su presentación, por lo que inmediatamente se abrió la ronda de preguntas.

a. La primera pregunta fue por **el representante de ARS SEMMA**, quien a raíz del análisis realizado planto la inquietud en particular de su ARS indicando lo siguiente: *“ya que tenemos dos planes de jubilados, uno incorporado por hacienda y un plan especial que aun no se ha incorporado al sistema y por lo tanto el financiamiento es insostenible aun dando un plan de cobertura de un 50% de plan básico de la salud. ¿Cómo se podría entregar esa cobertura a los afiliados pensionadas y jubilados que no están captando por el sistema?”*

En su respuesta, la Act. Leticia planteó que la situación de la ARS SEMMA es particular e indicó que ese plan lo tienen sometido en la ARS como un plan voluntario y que el mismo tiene que estar actualizado, si se quiere incorporar cualquier elemento que no esté en el

Handwritten notes and signatures in blue ink on the right margin:
- Top: A large signature.
- Below: "SF"
- Below: "O.S.T." with a signature.
- Below: "APOG" with a signature.
- Below: "S" with a signature.
- Below: "H.D.3" with a signature.
- Below: "J.M.V." with a signature.
- Below: "J.B. JESP" with a signature.

Handwritten notes in blue ink on the left margin:
- "T.2.0" with a signature.

Plan Básico de Salud. Así mismo recomendó la creación de una mesa técnica para abordar ese tema a más profundidad.

Por su parte, **el representante de ADARS comentó** que son partidarios de que se incrementen la cobertura a los afiliados. Sugiere un orden de prioridad para poder incluir los medicamentos en cuestión.

En su respuesta la Act. Leticia indicó que se ha venido trabajando con las ARS y que se ha hecho ese trabajo. Enfatizó que sí se quieren incluir los medicamentos en el Plan Básico de Salud, no obstante, no es solo esperar a que el CNSS emita la instrucción o que solicite la inclusión, sino que se debe llevar a cabo un debido proceso el cual consiste en visualizar y analizar la fuente de financiamiento y también analizar la presión presupuestaria que se pueda ejercer no solo en el caso del régimen subsidiado sino también con los impuestos y la cuenta de los pensionados y jubilados.

b. La próxima intervención fue **por la representante de la ARS SEMMA** quien expresó que revisar el financiamiento del sistema *“no es una urgencia, es emergencia, esto ha crecido de manera que no se puede controlar, un diagnóstico se convierte en grupo 7,8. Todo el que le duele la uña va a fisioterapia, no es urgencia es una emergencia. Estamos al borde de la desaparición, es una emergencia.”*

c. Por último, la representante de la Confederación Autónoma de Sindicatos Clasistas expresó cierta inquietud indicando lo siguiente: *“donde está el régimen contributivo subsidiado por qué hay muchos empleados y van a haber muchos recursos...”*

No habiendo más preguntas, siendo las 12:10 P.M. y concluida la intervención de la Act. Leticia Martínez, se dio paso al próximo punto de la agenda.

6. Resultados de levantamientos de las propuestas de trasplantes de Hígado y Medula Ósea.

Tema que estuvo a cargo de la Dra. Yesenia Diaz. Siendo las 12:11 p.m. inició su presentación sobre los los resultados de los estudios preliminares realizados sobre la posible implementación de coberturas para el **trasplante de hígado y el trasplante de médula ósea** en el sistema dominicano. Explicó que **son muchos los pacientes que buscan esperanza en los trasplantes**, y que actualmente el Plan Básico solo cubre el trasplante renal; hígado y médula no están incluidos.

Señaló que la SISALRIL recibió una **instrucción del CNSS** ordenando la elaboración de estudios técnicos para viabilizar varios tipos de trasplantes dentro del SDSS. En respuesta, decidieron abordar inicialmente *dos tipos* (hígado y médula ósea), que son de los más

complejos, pero también muy necesitados, dejando otros trasplantes (corazón, pulmón, etc.) para etapas posteriores. Se analizaron todas las etapas para poder garantizar todo el conjunto de servicios de manera integral que incluyen estos trasplantes y como resultado, se identificó en el trasplante de médula ósea 26 nuevas coberturas y en el caso del trasplante de hígado 27 nuevas coberturas y servicios que tendrían que ser incorporados en el catálogo del PDSS.

Aclaró que se **analizaron todas las etapas del proceso trasplantológico** para garantizar un plan integral de servicios, no solo la cirugía:

1. **Etapas de evaluación y lista de espera:** exámenes pre-trasplante, pruebas de compatibilidad, inscripción en lista nacional (coordinada por INCORT - Instituto Nacional de Coordinación de Trasplantes).
2. **Procedimiento de trasplante en sí:** el acto quirúrgico de trasplante de hígado o el trasplante de médula (autólogo o alogénico), con todos los recursos humanos y materiales necesarios.
3. **Cuidado post-trasplante inmediato:** hospitalización en UCI, manejo de rechazo agudo, medicación inmunosupresora intensiva.
4. **Seguimiento de por vida:** medicamentos inmunosupresores de mantenimiento, monitoreo periódico, tratamiento de complicaciones, etc.

La Dra. Díaz explicó también que se identificaron cuántos pacientes podrían requerir estos trasplantes en el país y para qué diagnósticos. Por ejemplo, en trasplante de hígado: cirrosis hepática en estadios terminales (de diversas causas, hepatitis, alcohólica), fallo hepático fulminante, algunos cánceres hepáticos; en trasplante de médula ósea: ciertas leucemias, linfomas, mieloma múltiple, anemia aplásica grave, etc., que no responden a tratamientos convencionales. Se priorizaron aquellas patologías donde el trasplante es considerado **terapéutica óptima o única posibilidad de cura.**

Indicó que todos los componentes que conllevan un trasplante implican costos significativos y coordinación interinstitucional. Mencionó que ha habido una nueva cama de médicos especialistas que se han ido formando en estos trasplantes, los cuales hablaron de su experiencia internacional pero aún no existe mucha experiencia local. La Dra. Yesenia enfatizó que es **imperante avanzar** en estos estudios y propuestas, porque hay pacientes que podrían beneficiarse enormemente y por consiguiente, mejorar su calidad de vida. Otro punto que destacó fue que, a nivel nacional, solo tenemos un proveedor, el Hospital de la Plaza de la Salud quien es el único hospital en el país que realiza ambos trasplantes.

No obstante, admitió que para concluir los estudios actuariales se necesita mayor claridad en la **oferta de servicios** que se pretende desarrollar. Es decir, cuántos centros de trasplante habrá, con qué capacidad anual cada uno, cómo se manejará la procura de órganos (para

[Handwritten notes and signatures on the right margin:]
N
SA
O.S.T.
MCH
APOG
JMU
MDS
TO
WSP
JESP

[Handwritten notes on the left margin:]
7-20
MCH

hígado) y la búsqueda de donantes compatibles (para médula). Por ello se han emitido una serie de **recomendaciones** a las autoridades:

1. Fortalecer el para que incremente la **tasa de donación** de órganos en el país.
2. Implementar programas de **certificación y práctica supervisada** para los nuevos especialistas en trasplantes, posiblemente con cooperación internacional, de manera que el equipo local gane experiencia más rápidamente.
3. Definir **centros de excelencia** donde se realizarán estos trasplantes (quizás empezar con 1 público y 1 privado para hígado, y algo similar para médula), concentrando casos para acumular volumen y experticia.
4. Garantizar el suministro de **medicamentos inmunosupresores** post-trasplante de por vida en el catálogo, ya que sin ellos el trasplante fracasaría.
5. Establecer convenios con países o instituciones extranjeras mientras se desarrolla la capacidad local, para casos urgentes que tal vez deban ser referidos en un inicio.

En síntesis, la Dra. Díaz indicó que previo a presentar esta propuesta al CNSS, hay una serie de datos que deben ser aún definidos, a los fines de poder presentar un producto final bien sustentado hacia el Consejo. Resaltó que esta inclusión no se va a quedar en una etapa indefinida de estudio ya que la idea es lograr brindar la cobertura a los afiliados.

a. Inmediatamente concluida la presentación de la Dra. Yesenia, se dio inicio a la ronda de preguntas, **la cual inició con el Dr. Giacometti (Comité Técnico de ADIMARS y ARS Futuro)** quien preguntó: *“¿En qué momento nuestro equipo de trasplante adquiere la experiencia necesaria? ¿Cómo reducimos el costo que conlleva este tipo de procedimientos?”*. Añadió que más que cuántos hospitales lo hagan, *“lo importante es tener la experiencia”*. Dijo que hay información que debe proporcionar el INCORT sobre donantes y listas de espera, etc., y que hay muchos médicos formados que no han podido ejercer, por lo cual se deben buscar mecanismos de certificación. Manifestó también, su preocupación de que, si no se hacen trasplantes, nunca se adquirirá la experiencia; pero a su vez sin experiencia, hay riesgo en hacerlos. Preguntó que cómo se planea manejar ese arranque, y si se ha considerado iniciar enviando pacientes fuera mientras se entrena el personal local, o traer expertos internacionales quienes sean los responsables de tratar los primeros casos.

En su *respuesta* la Dra. Yesenia Díaz indicó que el número de hospitales es poco, y que el INCORT debe proveer esta información. Estableció que en lo que se estuvo evaluando, ya hay varios médicos que se han venido formando en la práctica, pero no hay tanta experiencia local, *“el INCORT debe certificar y validar cuales centros están capacitados para realizar este tipo de servicios y si los profesionales que están participando tienen todas las credenciales”*. Mencionó que se debe establecer un protocolo para la SISALRIL el cual defina que procede y que no procede dentro del deber ser.

Así mismo, manifestó que, para no estar en falta frente al consejo, pues no se debe presentar un resultado definitivo, hasta no tener unos datos claros. Dijo que se presentaron ahora los datos recopilados hasta el momento ante el Comité, pero no significa que el estudio se ha detenido, están trabajando en conjunto el SNS, MISPAS e INCORT, para tratar de presentar una propuesta ya que sabemos el valor que tendría incorporar estas propuestas.

b. La próxima intervención, por parte de la Asociación de Enfermeras del IDSS expresaron que un paciente de trasplante es “*crónica de una muerte anunciada*”, a lo que la Dra. Diaz le contestó que actualmente, la seguridad social ya cubre de manera integral, el trasplante renal e incorporo la cobertura del donante cadavérico, lo que significa que esa lista de espera de alguna manera ha ido mejorando, producto de esa posibilidad de financiamiento. La Dra. Yesenia concluyó su exposición indicando que es necesario aumentar la cobertura de la donación, que vamos avanzando y que se puede aprovechar la oportunidad del donante cadavérico para obtener otros órganos como el corazón, páncreas, y que por esto es importante ir avanzando en términos de financiamiento.

Siendo las 12:36 P.M., se dio por concluida la intervención de la Dra. Yesenia Diaz

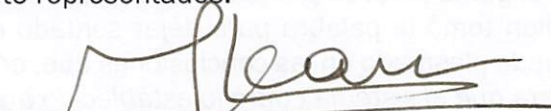
7. Punto Libre

A las 12:37 P.M. inició el punto libre. La primera intervención fue por **parte de la Sra. Alba J. Holguín (ADIMARS)** quien tomó la palabra para dejar sentado en acta una preocupación global: propuso que quede plasmado en las conclusiones que, en este momento, “*no hay la solvencia financiera para que el sistema cubra lo establecido anteriormente respecto a los medicamentos*”. Con “lo anteriormente establecido” se refirió particularmente a las propuestas de incluir *Ribociclib*, *Palbociclib* y *Pembrolizumab*, y posiblemente a la lista de enfermedades profesionales. Básicamente quiso que conste que, si bien el Comité ve con buenos ojos estas mejoras, reconoce que actualmente el fondo de salud no soporta esos gastos sin antes hacer ajustes (ya sea negociación de precios, aumento de ingresos, o priorización). Solicitó que conste en la presente acta del comité específicamente en sus palabras que “**No hay suficiencia financiera para que el sistema pueda dar cara a esas solicitudes de cobertura que el consejo está solicitando**”.

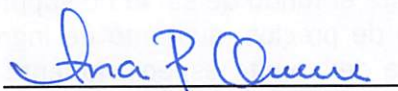
De igual forma, la Sra. Holguín sugirió que se incluya la revisión y actualización del reglamento que rige el funcionamiento del Comité como parte de los temas a tratar en la próxima convocatoria del Comité Interinstitucional de Salud y Riesgos Laborales. También, hizo una solicitud concreta: “*Solicito que incluyamos el análisis del gasto en salud del Plan Básico para una próxima reunión.*” Propuso que en una siguiente sesión del Comité se presente y discuta detalladamente cómo se está ejecutando el gasto del PDSS, qué proporción se lleva cada tipo de servicio, dónde están las mayores fugas o ineficiencias, etc.

El próximo en tomar la palabra **fue el representante de COPARDOM** quien expresó su satisfacción por la reactivación del comité, indicó que es positivo que se cumpla con lo que está acordado en la Ley. Señaló que reconocen que las propuestas que se han hecho son positivas, reconociendo el aporte que tienen en el sistema dominicano de seguridad social en el país. Expresó que lo apropiado sería que el Comité priorice acciones directamente vinculadas con el financiamiento del sistema. Indicó que *“algunos han dicho que es situación de emergencia, urgencia, hasta citado intensivo, es apropiado de cara a la sostenibilidad futura, analizar las medidas y recomendaciones que se podrían tomar, entiendo que eso podría hacerse al paso de las agendas que están manejando las ARS.”* Concluyó señalando la recomendación de abordar con carácter primario aquello que tiene que ver con el equilibrio y la sostenibilidad financiera y felicitando una vez más al equipo de la SISALRIL por haber retomado el Comité Interinstitucional.

Finalmente, habiéndose agotado el conocimiento de los puntos de la Agenda, la Directora Jurídica agradeció en nombre del Presidente del Comité Interinstitucional de Salud y Riesgos Laborales la presencia y participación de todos los asistentes, quedando formalmente concluida la reunión. Asimismo, no habiendo nada que tratar en el espacio de punto libre y siendo las doce y cuarenta y tres minutos de la tarde (12:43 p.m.) del día y hora señalados, se declararon terminados los trabajos de la primera sesión ordinaria del Comité Interinstitucional de Salud y Riesgos Laborales, por lo que se procedió con la redacción del Acta de Reunión, la cual fue circulada y debidamente firmada por todos los miembros presentes y/o debidamente representados.



Miguel Ceara Hatton
Superintendente de Salud y Riesgos Laborales y Presidente



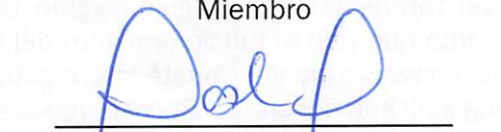
Ana Patricia Ossers
Directora Jurídica
SISALRIL y Secretaria



Juan Enrique Sheen Paulino
Representante Ministerio de Salud
Pública y Asistencia Social (MISPAS) -
Miembro



Leymi Lora Córdova
Representante Consejo de Desarrollo
Económico y Social de Santo Domingo
(CODESSD) - Miembro



Pascal Peña Pérez
Representante Consejo de Desarrollo
Económico y Social de Santo Domingo
(CODESSD) - Miembro

Handwritten notes and signatures on the right margin, including a large blue arrow pointing upwards, a signature, and the text "o.s.t. JAV" and "J.P. MISP" with a signature.



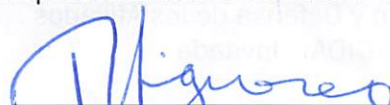
Sonia Feliz
Representante ARS SEMMA - Miembro



Manuel Eladio Díaz Tejeda
Representante ARS SEMMA - Miembro



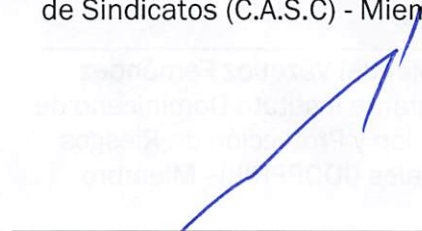
Margarita Belliard
Representante Confederación Autónoma
de Sindicatos (C.A.S.C) - Miembro



Rafaela Figueroa
Representante Confederación Autónoma
de Sindicatos (C.A.S.C) - Miembro



José Manuel Vargas
Representante Asociación Dominicana de
Administradoras de Riesgos de Salud
(ADARS) - Miembro



Luis Díaz
Representante Asociación Nacional de
Clínicas y Hospitales Privados
(ANDECLIP) - Miembro



Roberto de Jesús Troncoso
Representante Asociación de Iguales
Médicas y Administradoras de Riesgos de
Salud (ADIMARS) - Miembro



Alba Josélin Holguín Pichardo
Representante Asociación de Iguales
Médicas y Administradoras de Riesgos
de Salud (ADIMARS) - Miembro



Pedro Radhames Rodríguez Velázquez
Representante Confederación Patronal
de la República Dominicana (COPARDOM)
Miembro

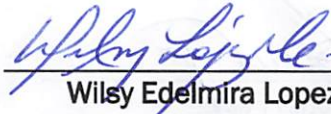


Shahady de la Rosa
Representante Dirección General de
Información y Defensa de los Afiliados
(DIDA) - Invitada

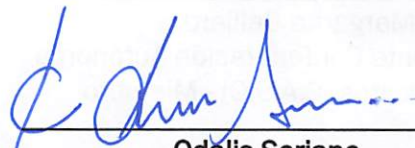
Handwritten notes and signatures on the right margin:
M
J
O.S.T.
JAW
SD
WHe
J.B
ESP



Zully Arelis Arias Marcalle
Representante Dirección General de
Información y Defensa de los Afiliados
(DIDA) - Invitada

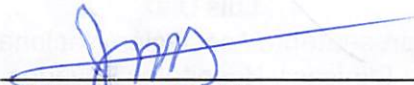


Wilsy Edelmira Lopez Contín
Representante Servicio Nacional de
Salud (SNS) - Miembro

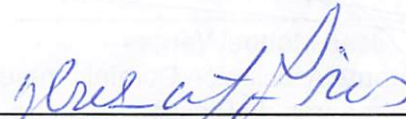


Luis Manuel Vázquez Fernández
Representante Instituto Dominicano de
Prevención y Protección de Riesgos
Laborales (IDOPPRIL) - Miembro

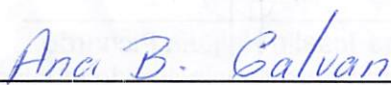
Odalis Soriano
Representante Confederación Nacional
de la Unidad Sindical (CNUS) - Miembros



Julián Martínez Villanueva
Representante Confederación Nacional
de la Unidad Sindical (CNUS) - Miembro



Jesús Antonio Frías Nolasco
Representante Asociación de
Enfermeras del IDSS (ADEIDSS) -
Miembro



Ana B. Galván
Representante Asociación de Enfermeras
del IDSS (ADEIDSS) - Miembro



Juana Paredes
Representante Ministerio de Salud
Pública y Asistencia Social (MISPAS) -
Miembro

Mant
J.P.
JESP
