

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

Santo Domingo D.N.  
30 de junio de 2025

## ACTA CI NÚM. 02-2025

### ACTA DE REUNIÓN ORDINARIA DEL COMITÉ INTERINSTITUCIONAL DE SALUD Y RIESGOS LABORALES (CI), CELEBRADA EL TREINTA (30) DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL VEINTICINCO (2025).

En la ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, a los treinta (30) días del mes de junio 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 Multiuso del Edificio de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, Sede Seminario, ubicado en la Calle Seminario Núm. 23, Ensanche Piantini, Santo Domingo, R.D., 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).

Siendo las nueve y veintinueve de la mañana (9:29 a.m.), la señora Indhira Navarro, Directora de Comunicaciones de la SISALRIL, dio apertura con las palabras de bienvenida a la reunión ordinaria del Comité Interinstitucional de Salud y Riesgos Laborales, e inmediatamente pasó la palabra a la secretaria del Comité Interinstitucional, Lic. Ana Patricia Ossers, Directora Jurídica de la SISALRIL, quien dio: **a)** lectura de la agenda del día, **b)** verificó el quorum requerido para iniciar sesión, **c)** circuló el Acta correspondiente a la sesión ordinaria celebrada en marzo de 2025, a los fines de que fuera firmada por los miembros presentes y, **d)** sometió a consideración de los miembros presentes la solicitud de invitación por parte de la Asociación de la Red de Organizaciones de Pacientes de Centroamérica y el Caribe.

#### Temas de la agenda:

1. **Propuesta para el financiamiento integral del Programa FONSAP para combatir la tuberculosis** – a cargo de la Dra. Yesenia Díaz, Directora de Aseguramiento en Salud los Regímenes Contributivos y Planes / Act. Leticia Martínez, Directora de Estudios Actuariales de la SISALRIL.
2. **Propuesta para la inclusión de nuevos medicamentos a partir del Cuadro Básico de Medicamentos Ambulatorios (CBME) 2024** – Dra. Yesenia Díaz, Directora de Aseguramiento en Salud los Regímenes Contributivos y Planes.
3. **Propuesta de financiamiento de moléculas de alto costo: Adalimumab, Etanercept, Golimumab, Infliximab, Tocilizumab y Ustekinumab** – Dra.

Yesenia Díaz, Directora de Aseguramiento en Salud los Regímenes Contributivos y Planes.

4. **Propuesta de financiamiento de la hipertrofia de mamas sintomática en el hombre y la mujer (gigantomastia/ginecomastia)** – Dra. Yesenia Díaz, Directora de Aseguramiento en Salud los Regímenes Contributivos y Planes.
5. **Impacto de la sustitución del procedimiento “trasposición de músculos extraoculares” por “cirugía de corrección de estrabismo”** – Dra. Yesenia Díaz, Directora de Aseguramiento en Salud los Regímenes Contributivos y Planes.

**Orden del día:**

- a) **Palabras de Bienvenida Directora de Comunicaciones de la SISALRIL, Lic. Indhira Navarro.**

Inició a las nueve y veintinueve de la mañana (9:29 a.m.), invitó a los presentes a tomar asientos al momento de darle la bienvenida a todos los miembros presentes, mencionando los siguientes: la **Asociación Dominicana de Administradoras de Riesgos de Salud (ADARS)**, representada por los señores José Manuel Vargas y Alba Joselín Holguín Pichardo, la **Asociación de Enfermeras del IDSS**, representada por los señores Jesús Antonio Frías Nolasco y Ana Galván, la **Asociación de Iguales Médicas y Administradoras de Riesgos de Salud (ADIMARS)** representada por la señora Alba Joselín Holguín Pichardo, el **Consejo de Desarrollo Económico y Social de Santo Domingo (CODESSD)**, representado por la señora Leymi Lora Córdova, el **Consejo Nacional de la Empresa Privada, inc. (CONEP)**, representado por la señora Perla Contreras, la **Confederación Patronal de la República Dominicana (COPARDOM)**, representado por el señor Pedro Rodríguez Velásquez, la **Dirección General de Información y Defensa de los Afiliados de la Seguridad Social (DIDA)**, representada por las señoras Zully Arias y Shahaidi de la Rosa, el **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)**, representado por los señores Juan Enrique Sheen y Juana Paredes, **Administradora de Riesgos de Salud para Maestros (ARS SEMMA)**, representada por el señor Manuel Eladio Díaz, Administradora de Riesgos de Salud SeNaSa (**ARS SeNaSa**), representada por el señor Gustavo Guilamo y Administradora de Riesgos de Salud Renacer (**ARS Renacer**), representada por la señora Brígida Vargas, la Sra. Indhira procedió a agradecer a todos los miembros mencionados por su presencia en esta segunda reunión del Comité Interinstitucional, mediante la cual la SISALRIL se ha comprometido a llevar a cabo estas reuniones en los periodos establecidos en la Ley. Inmediatamente, da paso a la Lic. Ana Patricia Ossers, para dar lectura de la agenda y verificación del quórum y posteriormente dar inicio al evento.

**b) Palabras introductorias a cargo de la Lic. Ana Patricia Ossers:**

Al tomar la palabra, la Lic. Ossers, comprobó que contábamos con 9 de los 16 miembros, por lo que, aprobó el quorum para iniciar la sesión. Luego pasamos a revisar el acta de la sesión del Comité Interinstitucional celebrada en marzo del presente año, la cual se pasó a la firma de los presentes. Acto seguido, pasamos a leer y someter a votación una solicitud recibida de la Red de Organizaciones de Pacientes de Centroamérica y el Caribe, en fecha diecinueve (19) de marzo del año dos mil veinticinco (2025), mediante la cual solicitaron ser incluidos en las próximas sesiones del Comité Interinstitucional. Se procedió a realizar la votación para acoger esta petición, donde 7 de los miembros presentes votaron a favor, por lo que se concluyó que serían convocados a la tercera sesión del CI. Los miembros que votaron a favor fueron los siguientes: MISPAS, ADIMARS, ADARS, CONEP, CODESSD, COPARDOM y la SISALRIL.

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

**c) Palabras de bienvenida a cargo del Superintendente de Salud y Riesgos Laborales, señor Miguel Ceara Hatton:**

El Superintendente inició sus palabras de bienvenida agradeciendo la presencia de los miembros y dando la bienvenida a la nueva Sede de la SISALRIL donde se celebró el CI. Agradeció a los miembros presentes su asistencia y expresó que las discusiones y los temas tratados en las diferentes sesiones del Comité Interinstitucional ayuden a mejorar las condiciones de salud del pueblo dominicano.

Al concluir con sus palabras de bienvenida, la señora Indhira Navarro tomó la palabra, agradeciendo al Superintendente Miguel Ceara Hatton por esas palabras de bienvenida y de inmediato llamó a la Dra. Yesenia Diaz quien iniciaría con el primer tema de la agenda del día.

**d) Inicio de los temas de la agenda del día.**

- 1. Propuesta para el financiamiento integral del Programa FONSAP para combatir la Tuberculosis a cargo de la Dra. Yesenia Diaz, Directora de Aseguramiento en Salud de los Regímenes Contributivos y Planes.**

La Lic. Indhira procede a darle la palabra a la Dra. Yesenia Diaz, quien dio inicio a la presentación señalando que esta propuesta forma parte de un conjunto de cinco iniciativas

*[Handwritten signatures and initials in blue ink on the right margin, including names like JESP, J.P., and others.]*

*[Handwritten notes and signatures in blue ink on the left margin, including 'JESP' and other initials.]*



cubriéndose a través del mecanismo actual de financiamiento del catálogo del Seguro Familiar de Salud. La propuesta incluye a todos los regímenes —contributivo, subsidiado, pensionados y jubilados— y a la población no afiliada, cuya cobertura seguiría a cargo del MISPAS, aportando los fondos correspondientes al FONSAP.

En cuanto a la operativa, los medicamentos y pruebas moleculares quedarían en el grupo 12.3 del catálogo (Programas Especiales de Salud Pública), con cobertura al 100%, y las pruebas moleculares bajo el subgrupo 1.11 de prevención y tratamiento de la tuberculosis. La Dra. Diaz expresó se realizó un levantamiento de los medicamentos y algunas de las pruebas que se estarían incluyendo, que actualmente no tienen cobertura y que han sido costeadas, es decir, lo que no está actualmente en el PDSS y que se tendría que incluir, con la salvedad de que ya existen medicamentos de que sí están en el catálogo, pero que hoy en día no tienen financiamiento, es por esto que se analizaron todos en conjuntos para analizar el per cápita y la implicación de incluir estos medicamentos en el financiamiento.

De inmediato, la Dra. Diaz pasa la palabra a la Act. Leticia Martínez, Directora de Estudios Actuariales, quien procede a explicar sobre el costo y modelo operativo del Fondo de Programas Prioritarios de Salud Pública (FONSAP).

Indicó la Act. Leticia Martínez que el concepto del FONSAP fue una idea inicial surgida entre los años 2019-2020, cuando se analizó la sostenibilidad del financiamiento de medicamentos de alto impacto para VIH y tuberculosis. Expuso que el objetivo es implementar un modelo operativo para el financiamiento y suministro de medicamentos de VIH, medicamentos y pruebas moleculares de tuberculosis a través de la Seguridad Social. Preciso que el financiamiento actual lo asume el MISPAS como subsidio al sistema, estimado en 8.3 millones de dólares para VIH y tuberculosis. La incorporación del financiamiento por la seguridad social permitiría liberar recursos estatales para reforzar acciones de prevención y alcanzar las metas internacionales 95-95-95 de control y eliminación de la tuberculosis. Explicó que la exposición actual era enfocada en la parte de Tuberculosis. De igual forma, precisó que el financiamiento actual es asumido a través del MISPAS y es de 8.3 millones de dólares de medicamentos de VIH y tuberculosis. La incorporación del financiamiento por la seguridad social permitiría liberar recursos estatales para reforzar acciones de prevención y alcanzar las metas internacionales 95-95-95 de control y eliminación de la tuberculosis.

Indicó, además, que varios de estos medicamentos, de presentarlos en el catálogo con el cuadro básico de medicamentos, no habría un per cápita que respalde de manera

JESP  
17  
ca  
D

[Handwritten signatures and initials in blue ink, including 'SPD', 'M', 'APCG', 'J.P.', 'M', 'TE']

STAD  
[Handwritten signature]

sistemática esta cobertura, y visto así no podríamos comprarlos en farmacias de manera recurrente. Este cofinanciamiento, esta estimación, serían recursos, primero para comprar los medicamentos. Los medicamentos no se compran en el mes; se compran incluso un año antes como una promesa de esos suministros que hay que pagar. *Aquí hay que pagar, y lo está pagando el país a través de los fondos del MISPAS.* Entonces, expresó la Act. Martínez, *¿qué queremos con este fondo? Que cuando se estime el valor del cofinanciamiento, entonces se tengan los aportes del Estado y los aportes que tendría que garantizar la Seguridad Social. Por eso se llama un fondo.* Indicó que la dispensación de los medicamentos estará a cargo de PROMESECAL de forma anual y, obviamente, se mantendría todo el mecanismo de garantía de atención para esta población. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS) continuará aportando para los no afiliados y reactivos del laboratorio para tuberculosis, hasta que los prestadores tengan capacidad de facturar. Mientras no se tenga la capacidad, el MISPAS va a seguir manteniendo esa cobertura. Expreso también que el fondo iniciaría para los medicamentos de VIH y Tuberculosis y más adelante se podrían sumar otros productos o programas se seguimientos.

[Handwritten initials]

De inmediato, la Act. Martínez procedió a presentar la estructura del FONSAP, indicando que lo que se busca es lo siguiente, los medicamentos ya están en el plan básico de salud, por lo que al estar ahí ya tenemos que dar la garantía de esos medicamentos y que ya tenemos un apartado en términos legales que se tiene que visualizar para financiar los medicamentos. Expresó que se visualiza que por un lado tenemos los recursos que hoy el gobierno ya está aportando, y, por otro lado, tenemos a la parte que tiene que ver con la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), tanto del gobierno visto como empleador y el gobierno visto como ente subsidiado y las empresas, de forma que entraría el aporte que hace el Ministerio de Hacienda a través del programa de apropiación de programa de salud colectiva, conjunto con la función común del SDSS.

APCC  
[Handwritten initials]

La estructura financiera prevé que PROMESE/CAL centralice la compra y dispensación anual, combinando los aportes del Estado —a través del Ministerio de Hacienda para los programas de salud colectiva— y de la seguridad social vía la Tesorería de la Seguridad Social (TSS). El MISPAS seguiría cubriendo los casos de no afiliados y asumiendo temporalmente la atención en prestadores que aún no tienen capacidad de facturación al SFS. Martínez detalló que el mayor componente de costo es la compra de medicamentos, por lo que se limitará la red a prestadores públicos, privados sin fines de lucro y ONGs precalificados, capaces de manejar la atención integral de pacientes con VIH y tuberculosis bajo protocolos estandarizados. Esto permitirá un control riguroso de la calidad y de los

[Handwritten initials]

costos. Explicó que la relación con las ARS públicas y privadas también estaría garantizada por la relación de un prestador público y privado.

Explicó además que esto se trabajaría bajo un esquema y que todo entra bajo un reglamento y una logística, ya que el mayor elemento de costo asociado es la compra de los medicamentos, si se continúa haciendo como se hace hoy en día, no se podría ni siquiera cofinanciar los medicamentos ya que los costos asociados son muy elevados para la forma en que hoy se suministran los medicamentos en la Seguridad Social. La Act. Martínez mencionó algunos de los elementos a considerar para la implementación de este fondo, dentro de los cuales se señalaron los siguientes: Fortalecimiento de la red de los prestadores de servicios públicos y privados sin fines de lucro en los sistemas de información, suministro y facturación; elaboración de procedimientos internos administrativos y capacitación de los recursos humanos en la prestación de servicios bajo los requisitos de la Seguridad Social para prestadores públicos y privados sin fines de lucro; El establecimiento de una unidad de adquisición internacional en PROMESE/CAL. Además, indicó que se creó una cartera de servicios para personas con tuberculosis o con sospecha de TB, donde se visualicen las atenciones que se requieran según los diferentes diagnósticos y el tipo de TB de que se trate.

A partir de esa cartera se realizaron las clasificaciones de las coberturas contempladas en el plan básico de salud del seguro familiar de salud, según el grupo, obteniéndose lo siguiente:

Diagnóstico de tuberculosis	Clasificación	Número de atenciones
Presuntivo de tuberculosis	En PDSS	8
	No en PDSS	1
Caso de tuberculosis sensible y extrapulmonar grave	En PDSS	23
	No en PDSS	3
Caso de TB drogorresistente (TB-DR)	En PDSS	35
	No en PDSS	13

Explicó sobre los montos considerados indicando que, para el análisis del financiamiento, los montos considerados se dividieron en tres categorías, siendo estas las siguientes:

1. **En la Seguridad Social (SS):** Se analizó el monto promedio de las atenciones cubiertas a partir de 2022.

2. **No cubiertos en la SS:** Se utilizó el monto sugerido por el Programa Nacional de Tuberculosis en la Cartera de Atenciones para aquellas no cubiertas por la Seguridad Social.
3. **Medicamentos:** Se aplicó el monto sugerido por el Programa Nacional de Tuberculosis en la Cartera de Atenciones, independientemente de su cobertura por la Seguridad Social.

Sobre la población según el régimen de afiliación, estableció que se estima la población que será atendida por la red pública y la población que será atendida por la red privada. Dado el diferencial de costos, entre ambos, tanto, los esquemas de un prestador privado y/o con un prestador público, utilizando la base de datos enviada por el MISPAS. Ya la SISALRIL, bajo un criterio de confidencialidad pudo establecer las poblaciones que están en el régimen contributivo en el régimen subsidiado y en los planes de pensionados y jubilados.

Para la distribución de la población, según régimen de afiliación y grupo de atención se obtuvieron los siguientes resultados:

1. Presunto TB: 50% Régimen Contributivo / 49% Régimen Subsidiado / 1% Planes de Pensionados y Jubilados.
2. TB confirmado: 45% Régimen Contributivo / 54% Régimen Subsidiado / 1% Planes de Pensionados y Jubilados.

Se estimó el valor per cápita mensual necesario para garantizar las prestaciones cofinanciadas por la seguridad social:

Tipo de Tuberculosis	RC	RS	PETPJ
<b>Per Cápita Mensual Necesario para Implementar la Atención Integral de Tuberculosis</b>	5.19	3.90	4.13
Presuntivo de tuberculosis	2.51	1.54	1.40
Caso de tuberculosis sensible y extrapulmonar grave	1.63	1.35	1.66
Caso de TB drogorresistente (TB-DR)	1.06	1.01	1.07

A modo de conclusión, la Act. Leticia Martínez resaltó brevemente algunas recomendaciones legales a tomar en cuenta para estructurar el FONSAP, ya que con estos fondos se estarían completando fondos de la Seguridad Social. Se estaría complementando de un fondo de salud colectiva para dar solución a un problema general y colectivo. Indicó que dentro de la modificación a la Ley 87-01, se debería visualizar lo necesario para la creación del FONSAP,

tomando como elemento clave la dispersión hacia un fondo y no hacia un ARS. Concluyó su intervención indicando que, al abrir la capacidad de respuesta hacia la parte privada, se podrá visualizar una mayor frecuencia de utilización, y por lo tanto no se requeriría una red abierta sino una red precalificada.

Siendo las 10:14 A.M., y concluida la intervención de la Act. Leticia Martínez, la Lic. Navarro procede a despedir al Superintendente, Lic. Miguel Ceara Hatton y presenta el segundo tema en la agenda del día a cargo de la Dra. Yesenia Diaz.

**2. Propuesta para la inclusión de nuevos medicamentos a partir del Cuadro Básico de Medicamentos Ambulatorios (CBME) 2024 cargo de la Dra. Yesenia Diaz, Directora de Aseguramiento en Salud de los Regímenes Contributivos y Planes.**

Siendo las diez y quince de la mañana (10:15 A.M.), la Dra. Diaz inició su exposición hablando sobre la resolución que emitió el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, mediante la cual se modificó el Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales en el primer trimestre del 2024. Recordó que la última actualización del cuadro se había realizado en 2018 y que la nueva versión incorpora fármacos de alto impacto en la atención primaria y especializada. Indicó que la propuesta parte del artículo 130 de la Ley 87-01, que obliga al CNSS a aprobar el listado de medicamentos garantizados tomando como referencia el CBME aprobado por el MISPAS. Señaló que, mediante Resolución núm. 563-01, el CNSS instruyó al MISPAS a actualizar el cuadro y ordenó a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales a realizar el costeo y someter la propuesta correspondiente. Especificó que esta propuesta está limitada al Régimen Contributivo. Detalló que, según el análisis realizado, se identificaron 41 medicamentos nuevos distribuidos en diferentes categorías terapéuticas: antimaláricos, tratamientos para TB y VIH, antitrombóticos, hipolipemiantes, medicamentos para diabetes y síndrome metabólico, antiparkinsonianos, antimicrobianos, antidepresivos, antibacterianos, anestésicos, relajantes musculares, anticonceptivos y un medicamento de alto costo para tumores carcinoides y tumoraciones benignas. Se identificaron a que grupo pertenecían cada medicamento, para realizar su reclasificación. Se tuvo que analizar como los medicamentos combinados se estarían garantizando.

El trabajo incluyó la reclasificación de medicamentos según los grupos del catálogo:

- a) Medicamentos de programas de salud pública → reclasificados al grupo correspondiente a Programas Especiales.
- b) Medicamentos ambulatorios con tope RD\$12,000 → ubicados en el grupo 12.1.
- c) Medicamentos para uso intrahospitalario exclusivo → excluidos de la propuesta.

Destacó que el cuadro básico incorporo una amplia gama de medicamentos para la diabetes y la hipertensión, los cuales tiene un impacto financiero importante. Sin embargo, bajo el modelo actual, la cobertura se limita al tope de RD\$12,000 para medicamentos ambulatorios, lo que impide garantizar tratamientos continuos y sostenidos para estos pacientes. Recordó que ya se presentó una propuesta anterior para medicamentos de

hipertensión bajo un esquema de precio tope y que próximamente se retomará para evaluar su viabilidad como medida complementaria.

La Dra. Diaz explicó también que anteriormente se había enviado una propuesta al CNSS, para la cobertura de medicamentos de hipertensión arterial a través de un modelo de precio tope y que próximamente la SISALRIL va a retomar esta propuesta para garantizar una cobertura continuada, ya que ahora mismo los medicamentos para hipertensión y diabetes se incorporaron en esta propuesta solo bajo el tope máximo de RD\$12,000 para medicamentos ambulatorios. Además, recalco que en el nuevo Cuadro Básico de Medicamentos cuenta con un total de 871 medicamentos. Explicó que el análisis identificó 41 medicamentos nuevos distribuidos en diferentes categorías terapéuticas: antimaláricos, tratamientos para TB y VIH, antitrombóticos, hipolipemiantes, medicamentos para diabetes y síndrome metabólico, antiparkinsonianos, antimicrobianos, antidepresivos, antibacterianos, anestésicos, relajantes musculares, anticonceptivos y un medicamento de alto costo para tumores carcinoides y tumoraciones benignas.

El trabajo incluyó la reclasificación de medicamentos según los grupos del catálogo:

- 1) **Medicamentos de programas de salud pública** → reclasificados al grupo correspondiente a Programas Especiales.
- 2) **Medicamentos ambulatorios con tope RD\$12,000** → ubicados en el grupo 12.1.
- 3) **Medicamentos para uso intrahospitalario exclusivo** → excluidos de la propuesta.

Así mismo, se incluyeron **14 medicamentos** correspondientes a Programas Especiales del MISPAS (por ejemplo, BEDAQUILINA, DOLUTEGRAVIR, ARTESUNATO y combinaciones para TB y VIH) y 6 son medicamentos de uso exclusivo intrahospitalarios, los cuales no son propuestos para inclusión, por que son medicamentos que solo se utilizan a nivel clínico.

Los 14 nuevos medicamentos incluidos en el Cuadro Básico de Medicamentos son los siguientes:

- ARTEMETER + LUMEFANTRINA
- ARTESUNATO
- BEDAQUILINA
- Bictegavir + Emtricitabina + Tenofovir Alafenamida (TAF)
- DELAMANID
- DOLUTEGRAVIR
- DOLUTEGRAVIR + EMTRICITABINA + TENOFOVIR ALAFENAMIDA (TAF)
- DOLUTEGRAVIR + TENOFOVIR + LAMIVUDINA
- ETAMBUTOL + ISONIAZIDA + RIFAMPICINA
- ISONIAZIDA + RIFAPENTINA

- MEFLOQUINA CLORHIDRATO
- PRETOMANID
- RIFAPENTINA
- TENOFOVIR + LAMIVUDINA + EFAVIRENZ

Los 6 medicamentos de uso exclusivo intrahospitalarios son los siguientes:

- AZTREONAM
- BROMURO DE ROCURONIO
- CARBETOCINA
- CEFTAZIDIMA + AVIBACTAM
- GANCICLOVIR
- REMIFENTANILO CLORHIDRATO

Sobre el resultado del costeo de los medicamentos, la Dra. Diaz mostró la siguiente información:

- 1) Medicamentos ambulatorios (12.1): RD\$4.54 + RD\$0.50 gasto administrativo = RD\$5.04 per cápita mensual.
- 2) Anticonceptivos: RD\$1.55 + RD\$0.17 gasto administrativo = RD\$1.72 per cápita mensual.
- 3) Medicamento de alto costo OCTREOTIDE: RD\$0.59 per cápita mensual. Impacto total estimado para la incorporación de 35 medicamentos: **RD\$7.36 per cápita mensual.**

A modo de conclusión la Dra. Diaz mencionó que, en total, para la incorporación de 35 medicamentos (de los 41 inicialmente identificados), el impacto estimado sería de **RD\$7.36** por afiliado, por mes.

Siendo las diez y veinticinco de la mañana (10:25 A.M.), concluye la Dra. Diaz su segunda intervención y el tema 2 de la agenda del día. De inmediato toma la palabra la Lic. Indhira y abrió el tiempo de preguntas con relación a los temas 1 y 2 presentados por la Dra. Yesenia Diaz y la Act. Leticia Martínez.

La primera intervención estuvo a cargo del representante de la ADARS, quien felicitó a la SISALRIL por la iniciativa de realizar la segunda sesión del Comité Interinstitucional de Salud y Riesgos Laborales. De inmediato expresó su deseo de hacer unos comentarios sobre la situación actual del Seguro Familiar de Salud, sobre todo en la parte de Régimen Contributivo. Indicó que según establece la propia Ley y el reglamento que creo el Comité Interinstitucional de Salud y Riesgos Laborales, y que el primer objetivo es fortalecer el Seguro Familiar de Salud y ese fortalecimiento implica cuidar la sostenibilidad del sistema y también responder la necesidad de los afiliados pero que para esto se debe establecer un

nivel de prioridad. Expresó que esta prioridad debe iniciar con la sostenibilidad del sistema, porque si el sistema colapsa “se acabó todo”. Mencionó que actualmente la situación existente es que el fondo que maneja la TSS no tiene la suficiente solvencia para atender la necesidad que se establece, como por ejemplo la actualización del per cápita por inflación que, según expresó el representante de la ADARS tiene 27 meses que no se hace. Explicó que se han planteado medidas para fortalecer el fondo para que tenga más suficiencia para cubrir las necesidades. Destacó que las resoluciones mencionadas en las presentaciones fueron mandadas a ser revisadas, y expresó lo siguiente: *“Decimos que esto es importante, pero ¿no es importante la cobertura de la atención primaria? ¿Es algo estructural que favorece a la mayoría? Segundo el gasto de bolsillo ... nosotros no vemos las prioridades que se otorgan para hacerle frente a un mandato de la Ley. No se cumplen los aspectos fundamentales. Entendemos que debe establecerse un orden de prioridad para cumplir con los objetivos del Comité Interinstitucional. Seguimos sin tener un precio de referencia para los medicamentos. Desde que un medicamento se incluye en el PDSS, la frecuencia de uso se aumenta un 100%, está comprobado.”*

Al concluir su intervención solicito formalmente a la SISALRIL que se establezca la prioridad, que logremos tener un Seguro Familiar de Salud que sea sostenible, que se hagan los ajustes acordes a las prioridades: ajustes que son de manera estructural y otros de manera financiera; y que este fondo se fortalezca para que podamos vivir con holgura y tener sostenibilidad por 5 o 6 años.

La segunda intervención fue de parte del representante de SENASA quien expresó en primer lugar que ese no era el escenario para la Tuberculosis, además, indicó que se siguen creando atomizaciones en el sistema de seguridad social, nunca lo vamos a ver de manera integral. Así mismo, expresó que a veces el tema no es como se costea, sino como se mira la operatividad desde el punto de vista de los que tienen que aplicar ese tipo de cambios, ahí es donde empiezan las quejas y cartas instruyendo y solicitando información adicional. Expresó preocupación por cómo la inclusión de nuevos medicamentos podría incrementar rápidamente el uso del tope de RD\$12,000 en medicamentos ambulatorios, generando mayor presión financiera sobre el per cápita del grupo 12. Mencionó sobre el tema del nuevo CBME, que en el 2022 se hizo una propuesta que decía que había temas más importantes desde el punto de vista epidemiológico como la obesidad, crear programas que manejen la obesidad (diabetes, hipertensión) y que estos medicamentos que se están proponiendo, en ese tiempo no tenían como proteger y prevenir enfermedades cardíacas, adicciones etc., y que en ese sentido se tendría que comenzar a valorar la inclusión de estos medicamentos que podrían ayudarnos a controlar el peso, pero no solo el peso, sino a proteger y prevenir enfermedades cardíacas, como sucede con la semaglutida y otros medicamentos del grupo SGLT2.

El representante de SeNaSa continuo su intervención con la siguiente cuestionante: *“Mi pregunta es: ¿Actualmente se está calculando cuánto costaría cada uno de esos*

S. Y. D.  
J. P.  
M. C. N.  
A. P. C. G.  
S. E. S. P.  
L. E.  
J. M.

L. E.

2020  
A. D.

*medicamentos y cuál es el per cápita mensual? Pero el impacto que hay que medir es cómo la inclusión de estos medicamentos va a afectar el tope de RD\$12,000. Cuando afecte ese tope quiere decir que, si hoy en día el promedio de consumo de medicamentos fuera RD\$5,000, es probable que se llegue a los RD\$12,000 en una mayor cantidad de pacientes, porque eso va a generar una oleada de prescripción.”*

Continúo explicando que en esa curva donde se había presentado cuando se discutió que el incremento de RD\$8,000.00 a RD\$12,000.00 mil pesos, se visualizó que independientemente del comportamiento, a partir de los RD\$9,000.00 hasta los RD\$12,000.00 había un incremento que tiene un impacto desde el punto de vista financiero y actuarial, por lo que sería más impactante y mas probable que la gente consuma más cerca de los RD\$12,000.00 y en ese sentido habría que evaluar si el aumento de los RD\$7.36 del per cápita será suficiente para cubrir los gastos. Indicó que ya se venía con un déficit actuarial en el calculo de los RD\$12,000.00, que en un análisis realizado anteriormente por los diferentes actores del sistema y unificado por una metodología utilizado por la SISALRIL, donde se había aprobado un per cápita de RD\$19, el cual ya venía con un déficit actuarial, aunque fue un logro porque se había comenzado en RD\$3.40 aproximadamente. Concluyo su intervención exponiendo lo siguiente: *“Entonces, ¿cómo va a impactar esto en el consumo de más afiliados hasta alcanzar el tope de RD\$12,000, si no se podrá cubrir con el per cápita actual? Tendríamos que hacer un análisis fuerte. Muchos de esos medicamentos quizá podríamos valorarlos dentro de otros grupos, pero habría que estructurarlo para poderlos ofertar, sabiendo que tenemos la deficiencia en atención primaria (primer nivel de atención).”* Al mismo tiempo de que recomendó a la SISALRIL realizar un mejor análisis actuarial de la inclusión de estos medicamentos.

En seguidas, tomó la palabra la Act. Leticia Martínez para responder a las inquietudes expresadas, indicando que se centraría específicamente en la última recomendación realizada por el representante de SeNaSa, explicando lo siguiente: *“Se envió el informe, se envió la frecuencia de utilización, se enviaron los límites máximos de cobertura para cada medicamento. La sugerencia está abierta: bien, revisemos el asunto de la frecuencia y la forma. La otra respuesta me la guardo porque eso está ahí documentado en términos del impacto de las resoluciones para cada una de las ARS, específicamente en medicamentos.”*

Además, consideró válida la propuesta de trabajar con precios de referencia para contener costos, dado que no basta con controlar la frecuencia si el precio no está regulado. Expreso que son dos reflexiones, la del representante de SeNaSa y la del representante de la ADARS en términos de priorizar, de visualizar nuestra agenda y sobre todo en que estos temas hay una responsabilidad de la seguridad social, expresó que eso está dicho por la misma Ley en términos de cofinanciamiento a través de programas especializados que son manejados por el MISPAS. Concluyó su intervención invitando a los presentes a leer los documentos que habían sido remitidos previamente e indicando que, si existe alguna retroalimentación específica, la SISALRIL está a la orden para analizar la misma.

JESP - P

ce  
D

[Handwritten signature]

SALD

[Handwritten signature]

MCH

[Handwritten signature]

H-PCG

J.P

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Siendo las diez y cuarenta de la mañana (10:40 A.M.) concluyó el tiempo de las preguntas.

Continuando con la presentación, tomó la palabra la Dra. Yesenia Diaz, quien estuvo a cargo del tema 3 de la agenda, siendo las diez y cuarenta y uno de la mañana (10:41 A.M.) expresó estar de acuerdo con ambas intervenciones realizadas por los representantes de ADARS y SeNaSa, e informando que actualmente la SISALRIL esta trabajando una propuesta de atención primaria, en el atendido de que una misma persona pueda ser atendida en varios programas a la vez, además de un sin numero de medidas que hay que tomar en cuenta para garantizar la solvencia del sistema. Además, propuso presentar esta propuesta en la próxima reunión del Comité Interinstitucional.

3. **Propuesta de financiamiento de moléculas de alto costo: ADALIMUMAB, ETANERCEPT, GOLIMUMAB, INFLIXIMAB, TOCILIZUMAB Y USTEKINUMAB - a cargo de la Dra. Yesenia Diaz, Directora de Aseguramiento en Salud los Regímenes Contributivos y Planes.**

La Dra. Díaz inició su exposición indicando que todo lo que se presenta en las sesiones del Comité Interinstitucional son solicitudes del Consejo Nacional de la Seguridad Social a través de resoluciones o comunicaciones remitidas de manera directa a la SISALRIL, pero especificó que esta propuesta de manera particular fue realizada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Explicó que, en este caso, estos medicamentos dan respuesta a varios tipos de problemas de salud, y por parte de la SISALRIL, lo que se hizo fue analizar cuáles eran las enfermedades con mayor impacto por carga de enfermedad y, en el análisis de priorización, se priorizó el tratamiento con estos medicamentos para artritis, enfermedad inflamatoria intestinal y psoriasis. En el caso de la enfermedad inflamatoria intestinal, específicamente la colitis ulcerativa y la enfermedad de Crohn.

Cito la comunicación 000807 del veintiséis (26) de abril del año dos mil veintidós (2022), mediante la cual el MISMPAS solicitó el costeo de cuarenta y ocho (48) medicamentos de alto costo de los cuales seis (6) de los que se mencionaron en principio, forman parte de esta propuesta. Explicó que en este caso estamos atendiendo enfermedades autoinmunes sistémicas que tienen, en algunos casos, cobertura parcial en el catálogo para medicamentos de primera y segunda línea, pero no así para medicamentos biológicos cuando la enfermedad está mucho más agravada.

Enfermedades autoinmunes sistémicas priorizadas:

- Artritis:** Artritis reumatoide activa en adultos, artritis idiopática juvenil poliarticular y artritis asociada a enteritis.
- Enfermedad inflamatoria intestinal:** Colitis ulcerosa activa en adultos o pediátricos y enfermedad de Crohn moderada o grave en niños o adultos.

- c. **Psoriasis:** Artritis psoriásica activa, psoriasis en placa grave o moderada y psoriasis crónica en niños y adolescentes.

La Dra. Diaz especificó que estos medicamentos responden a un grupo heterogéneo de enfermedades clasificadas como **crónico-degenerativas, inflamatorias y sistémicas**, que producen una alta discapacidad; personas que literalmente deben abandonar condiciones laborales y sociales debido a la incapacidad que provocan y que, en muchos casos, también pueden llevar a la muerte.

Para cada una de estas enfermedades, los medicamentos propuestos deberán ajustarse a los **protocolos de atención**. El paciente que este en una etapa 1 de la enfermedad no aplicaría según los protocolos, lo que significa que primero el paciente debió haber sido tratado con su primera línea en caso de fallo, aplicar los medicamentos propuestos.

**Medicamentos propuestos:**

- ADALIMUMAB
- ETANERCEPT
- GOLIMUMAB
- INFLIXIMAB
- TOCILIZUMAB
- USTEKINUMAB

La Dra. Yesenia subrayó que, para evitar un uso indiscriminado y garantizar eficiencia, la propuesta incorpora **condiciones específicas de prescripción:**

1. Uso exclusivo en las patologías analizadas y sus complicaciones, excluyendo indicaciones no priorizadas.
2. Aplicación únicamente en casos moderados o severos, conforme a protocolos clínicos vigentes.
3. Indicación como segunda o tercera línea, tras documentar el fallo del tratamiento de primera línea.
4. Administración de un único biológico a la vez (no combinaciones).
5. Prescripción por especialistas: reumatólogos, gastroenterólogos o dermatólogos, según el caso.
6. Cumplimiento estricto de dosis, esquema y duración bajo los protocolos establecidos.

Así mismo, la Dra. Yesenia Diaz presentó un esquema de la cobertura propuesta, mostrando lo siguiente:

**Cobertura propuesta:**

Definida dentro de la cobertura de RD\$1,000,000 para otros medicamentos no oncológicos, con cobertura al 80% y 20% a cargo del afiliado, hasta el límite de la cuota moderadora variable vigente. Aplicará gradualidad para afiliados nuevos, según Resolución núm. 178-10 y protocolos.

**Costeo - Escenario 1: Cobertura ilimitada (80% afiliado, sin tope de RD\$1,000,000.00)**

Concepto	Monto
ADALIMUMAB	0.392
ETANERCEP	0.192
GOLIMUMAB	0.823
INFLIXIMAB	0.608
TOCILIZUMAB	0.094
USTEKINUMAB	0.481
<b>Total</b>	<b>2.33</b> (sin gastos administrativos)

**Costeo - Escenario 2: Cobertura limitada a RD\$1,000,000.00**

Concepto	Monto
ADALIMUMAB	0.392
ETANERCEP	0.192
GOLIMUMAB	0.344
INFLIXIMAB	0.608
TOCILIZUMAB	0.094
USTEKINUMAB	0.481
<b>Total</b>	<b>1.90</b> (sin gastos administrativos)

La Dra. Yesenia concluyó su participación del tema 3 advirtiendo que actualmente no hay mecanismo para mantener el costeo de estos medicamentos, y que cuando exceda la cobertura del millón de pesos, los afiliados van a tener que pagar. Por esa razón, la Superintendencia somete ambas alternativas para que el CNSS defina la más conveniente, equilibrando **acceso y sostenibilidad financiera del Sistema y los afiliados.**

Siendo las diez y cincuenta y uno de la mañana (10:51 A.M.), concluyó su intervención.

En seguidas, la Lic. Indhira pregunto al público presente si tenían alguna pregunta con relación al tema expuesto.

A lo que de inmediato, el representante de SeNaSa tomó la palabra y expresó tener una inquietud ya que en la presentación se establece le termino de "artritis", no *artritis reumatoide*, e hizo la observación de que hay que tomar en cuenta lo que es una artritis y que todas las enfermedades autoinmunes conllevan artritis, expresó hay que tener cuidado con la amplitud que eso puede implicar. También alertó sobre la diferencia entre prevalencia real y pacientes diagnosticados, que puede modificar sustancialmente las estimaciones de costo. Enfatizó en que se debe aclarar el tipo de artritis y la gama de presentación para los pacientes a los cuales se les va a solicitar estos medicamentos, pues se va a seguir ampliando. Al finalizar su intervención expresó lo siguiente: *"Pienso que las prestaciones no se aumentan solas, sino que el plan completo tiene un comportamiento, entonces el comportamiento del plan hace que el dinero se utilice en una cosa o la otra, por lo que cuando se calculan los análisis de suficiencia técnica del per cápita, esto tendrá un impacto."*

La Dra. Yesenia contestó agradeciendo por la intervención y confirmó que la propuesta se refiere específicamente a **artritis reumatoide** y que esa precisión se encuentra en el análisis técnico. Explicó que para estimar el impacto se analizaron probabilidades de presentación en la población general y, particularmente, dentro de los casos confirmados de artritis reumatoide, de modo que la frecuencia utilizada para el costeo refleja esa delimitación diagnóstica.

No habiendo más preguntas y siendo las diez y cincuenta y cinco minutos de la mañana (10:55 A.M.) pasamos al tema 4 de la agenda del día a cargo de la Dra. Yesenia Díaz.

4. **Propuesta de financiamiento de la hipertrofia de mamas sintomática en el hombre y la mujer (*gigantomastia/ginecomastia*) – a cargo de la Dra. Yesenia Díaz, Directora de Aseguramiento en Salud los Regímenes Contributivos y Planes.**

Inició su exposición explicando que esta es una propuesta que ha sido muy solicitada, desde el Despacho de la Primera Dama, al Senado de la República mediante resolución formal, así como al propio Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), que instruyó a la Superintendencia analizar la viabilidad técnica y financiera de cubrir este procedimiento dentro del Seguro Familiar de Salud. No se limitaron solo a mujer, sino también a hombres. Explicó que La hipertrofia mamaria es un aumento idiopático y descontrolado de la glándula

mamaria que, en el caso de las mujeres, se denomina gigantomastia y, en el caso del hombre, ginecomastia. Es una afección benigna que, aunque no representa condiciones de morbilidad o mortalidad, puede tener una afectación psicológica y física importante. Los pacientes con hipertrofia mamaria sintomática pueden presentar dolor crónico, limitación postural, limitación para las actividades normales, así como problemas en las relaciones interpersonales.

Enfatizó que el Seguro Familiar de Salud no solamente debe responder a enfermedades físicas, sino también a las psicológicas, y esta es una de ellas. Por esa razón, la intervención quirúrgica de reducción mamaria constituye no solo un procedimiento estético, sino una respuesta terapéutica necesaria en determinados casos. El abordaje estándar de esta patología es la **mamoplastia de reducción**, procedimiento ya reconocido en el catálogo de prestaciones, aunque hasta la fecha no se había hecho un análisis específico de su frecuencia y costo en los casos severos de gigantomastia o ginecomastia. Para la elaboración de la propuesta, la Superintendencia sostuvo reuniones con sociedades médicas especializadas, identificando consensos sobre criterios de inclusión y limitaciones derivadas de la ausencia de protocolos nacionales uniformes

La clasificación en el caso de las mujeres establece el tamaño normal según el peso en gramos: leve, moderada, severa o diagnosticada como gigantomastia, cuando el peso de la mama es mayor de 1,500 gramos. La Dra. Diaz destacó que es importante mencionar que la propuesta de cobertura se está limitando a estos dos diagnósticos, únicamente para los casos severos; es decir, cuando la mujer tenga un peso mamario entre 800 g y 1,499 g, o más de 1,500 g diagnosticada como gigantomastia. En el caso del hombre, que se clasifica en grados del 1 al 4, la cobertura propuesta se limitaría a los casos severos y extremos. Esas serían las dos inclusiones particulares para ambos casos.

En seguida, la Dra. Diaz procedió a explicar la propuesta presentada indicando que la intervención se incorporaría al catálogo de prestaciones en el grupo 7 con **cobertura del 90 %** a cargo del Seguro Familiar de Salud y **10 % de copago** por parte del afiliado, con un límite equivalente a **un salario mínimo nacional** como cuota moderadora. La cobertura incluiría, además, los **servicios asociados**: hospitalización, laboratorios, estudios diagnósticos, consultas pre y postquirúrgicas, así como tratamiento de complicaciones derivadas del procedimiento.

**Costeo estimado:** El análisis actuarial arrojó los siguientes valores per cápita mensuales, con gastos administrativos incluidos:

- **Gigantomastia:**
  - Régimen Contributivo: RD\$1.93
  - Régimen Subsidiado: RD\$2.15
- **Ginecomastia:**
  - Régimen Contributivo: RD\$0.26
  - Régimen Subsidiado: RD\$0.24

**Impacto total en per cápita:**

- Régimen Contributivo: **RD\$2.19**
- Régimen Subsidiado: **RD\$2.39**

La Dra. Diaz concluyó su intervención explicando que se establecieron tres descripciones las cuales engloban las distintas técnicas quirúrgicas necesarias para evitar exclusiones o limitaciones en el catálogo, y darían respuesta a la necesidad que se busca cubrir, estas serían: 1. *Mamoplastia de reducción por gigantomastia*; 2. *Mamoplastia de reducción por hipertrofia mamaria sintomática*; y 3. *Mamoplastia de reducción por ginecomastia*. Indicó que esto incluiría, por supuesto, la cobertura de todos los servicios relacionados: hospitalización, laboratorio, medios diagnósticos, consultas y complicaciones quirúrgicas que pudieran presentarse. La Dra. Diaz estableció que la incorporación de esta cobertura responde a una demanda social sostenida, alineada con el enfoque integral de salud y con un impacto financiero moderado y asumible para el sistema.

Siendo las once de la mañana (11:00 A.M.), la Lic. Indhira tomó la palabra y de inmediato presentó el quinto y último punto de la agenda del día a cargo de la Dra. Yesenia Diaz.

**5. Impacto de la sustitución del procedimiento “trasposición de músculos extraoculares” por “cirugía de corrección de estrabismo” – Dra. Yesenia Díaz, Directora de Aseguramiento en Salud los Regímenes Contributivos y Planes.**

La Dra. Yesenia Díaz explicó que esta propuesta surge como respuesta directa a una instrucción emitida por el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS) mediante la Resolución núm. 597-03, que ordena sustituir en el catálogo de prestaciones la denominación del procedimiento “trasposición de músculos extraoculares” por “cirugía de corrección de estrabismo”. A simple vista, señaló, podría parecer un cambio meramente nominal; sin embargo, el análisis técnico reveló que no se trata de una simple sustitución de términos. La trasposición de músculos extraoculares es solo una de las múltiples técnicas quirúrgicas empleadas para corregir el estrabismo, mientras que la denominación

“cirugía de corrección de estrabismo” abarca un conjunto más amplio de procedimientos que hasta ahora no estaban expresamente reconocidos en el catálogo.

Esto significa que la modificación solicitada por el CNSS no solo implica un cambio de redacción, sino que amplía formalmente la cobertura para incluir diversas técnicas quirúrgicas actualmente empleadas en el tratamiento de esta condición, muchas de las cuales no contaban con un reconocimiento explícito dentro del plan.

El estrabismo es una alteración en la alineación de los ejes visuales que impide que ambos ojos se dirijan simultáneamente hacia el mismo objeto. Es consecuencia de un mal funcionamiento o lesión en los músculos oculares y puede presentarse en diferentes formas clínicas. A nivel mundial, se estima que existen aproximadamente 148 millones de personas con estrabismo, con una prevalencia global del **1.93 %**.

En República Dominicana, la Sociedad Dominicana de Oftalmología ha señalado que la mayor parte de las cirugías de corrección de estrabismo se realizan en niños menores de un año, aunque la literatura médica y la práctica clínica establecen que el procedimiento puede indicarse hasta en pacientes de 16 años. Esto revela una posible brecha de cobertura para adolescentes que podrían beneficiarse de la intervención pero que, en la práctica, no siempre acceden a ella.

Durante el análisis conjunto con la Sociedad de Oftalmología se identificó que:

- a. Algunos profesionales mantienen **acuerdos tarifarios** con Administradoras de Riesgo de Salud (ARS) para cubrir todas las técnicas quirúrgicas de estrabismo por un monto único.
- b. Otros, en cambio, esperan que se reconozca y pague **una tarifa diferenciada** para cada técnica específica.

Esta heterogeneidad en los esquemas de pago genera **desigualdades** y potenciales conflictos en la relación entre prestadores y aseguradoras.

La Dra. Yesenia expuso dos posibles modelos de implementación:

1. **Escenario con técnicas diferenciadas.** Se reconocerían distintas tarifas según la técnica empleada.
  - El análisis actuarial determinó que este esquema **no generaría incremento en el per cápita**, ya que el costo actual del sistema (alrededor de **RD\$34 millones anuales** para la cobertura de estrabismo) ya absorbe la distribución de casos.

2. **Escenario con tarifa única para todas las técnicas.** Se establecería una tarifa promedio de **RD\$50,000** por procedimiento, independientemente de la técnica utilizada.
  - o Este esquema tendría un impacto en el per cápita de **RD\$0.12 mensuales** (incluyendo gasto administrativo).

Al concluir su exposición, la Dra. Yesenia expresó las siguientes conclusiones y recomendaciones:

- 1) El cambio de denominación a “cirugía de corrección de estrabismo” **garantiza la inclusión de todas las técnicas quirúrgicas** pertinentes en un único código de cobertura.
- 2) **Mantener las tarifas actuales** evitaría un aumento en el per cápita y permitiría aplicar la cobertura sin cambios financieros para el sistema.
- 3) Si se opta por unificar la tarifa en **RD\$50,000**, el incremento en el per cápita sería marginal (**RD\$0.02 mensuales** si se mantiene el promedio actual o **RD\$0.12** con gasto administrativo).
- 4) Es necesario un **seguimiento de la demanda** y de la frecuencia de cirugías para evaluar, a mediano plazo, si la ampliación formal de cobertura genera un aumento significativo en su utilización.

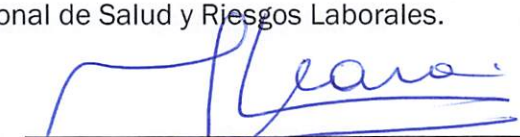
La Dra. Díaz cerró su exposición señalando que, con esta modificación, el catálogo reflejará de forma más precisa la realidad de las técnicas quirúrgicas utilizadas y que, desde el punto de vista financiero, la medida es asumible y sostenible para el Seguro Familiar de Salud.

Concluido el punto numero 5 y último de la agenda, y siendo las once y diez de la mañana (11:10 A.M.), la Lic. Indhira preguntó a los presentes si había alguna pregunta o comentario, y no habiendo ninguna pregunta, pasó la palabra a la Lic. Ana Patricia Ossers quien estuvo a cargo de las palabras de cierre.

La Lic. Ossers agradeció a todos los presentes por su asistencia y verificó que todos los presentes hayan firmado el acta de la pasada sesión del Comité Interinstitucional. Agradeció a todos por su participación y procedió a levantar el acta de la reunión con los comentarios de todos los miembros presentes. Indicó que para la próxima sesión del comité se va a convocar a la red de pacientes conforme a lo acordado en la presente sesión y que se estará circulando el acta para firma. Preguntó si no había más comentarios e invitó a todos los presentes a participar del almuerzo disponible. Una vez más, agradeció a todos por su presencia.

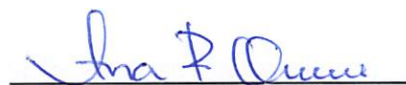
En seguidas, la Lic. Indhira tomó la palabra y agradeció a todos los presentes por participar en la segunda sesión del Comité Interinstitucional, y expresó esperarlos a todos en la próxima reunión del comité.

Siendo las once y doce de la mañana (11:12 A.M.), se dio por concluida la segunda sesión del Comité Interinstitucional de Salud y Riesgos Laborales.



---

**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



---

**Yesenia Diaz**  
Directora de Aseguramiento en Salud  
para los Regímenes Contributivo y Planes  
SISALRIL



---

**Leticia Martínez**  
Directora de Estudios Actuariales  
SISALRIL




---

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



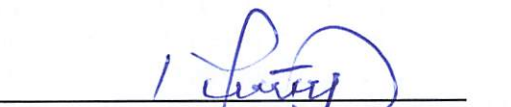
---

**Perla Contreras**  
Representante Consejo Nacional de la  
Empresa Privada (CONEP) - Miembro



---

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



---

**Manuel Eladio Díaz Tejeda**  
Representante ARS SEMMA - Miembro

SMD

DR  
SEF





  
**Tania Agramonte Hidalgo**  
Representante Consejo Nacional de la  
Empresa Privada (CONEP) - Miembro

  
**Juan Antonio Estévez González**  
Representante del Ministerio de Trabajo  
- Miembro

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

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

  
**Juan Alfredo De la Cruz**  
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

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

  
**Gustavo Guilamo**  
Seguro Nacional de Salud  
(ARS SeNaSa) - Miembro

S.H.D

J.Esp

J.P.

J.C.