



Av. 27 de Febrero #102,
Edif. Miguel Mejía, 2^{do}. piso.
Sto. Dgo., Rep. Dom.
Tel.: (809) 381-2677
Fax: (809) 472-0908
www.cnss.gov.do

REGLAMENTO PARA LA ORGANIZACIÓN Y REGULACION DE LAS ADMINISTRADORAS DE RIESGOS DE SALUD (ARS)

**Aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social mediante
Resolución No. 47-04 del 03 de octubre del 2002**

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL

REGLAMENTO PARA LA ORGANIZACIÓN Y REGULACION DE LAS ADMINISTRADORAS DE RIESGOS DE SALUD - ARS

Por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud, así como la protección al usuario en el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

**Aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social mediante
Resolución No. 47-04 del 03 de Octubre del 2002.**

TITULO I. DEL AMBITO DE APLICACIÓN

ARTICULO 1o. AMBITO DE APLICACION. El presente Reglamento tiene por objeto regular el Régimen de organización y funcionamiento de las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud que se autoricen como tales en el Sistema Dominicano de Seguridad Social, cualquiera que sea su naturaleza jurídica y su área geográfica de operación dentro del territorio nacional.

PARRAFO. Cada una de las distintas categorías de entidades autorizadas por la Ley para actuar como Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud, deberán cumplir con las disposiciones propias de su Régimen jurídico, además de las normas contenidas en el presente Reglamento.

ARTICULO 2o. RESPONSABILIDADES DE LAS ADMINISTRADORAS DE RIESGOS / SEGURO NACIONAL DE SALUD. Las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud serán responsables de ejercer las funciones señaladas legalmente y las que se enuncian a continuación:

1. Promover la afiliación de los habitantes de la República Dominicana al Sistema Dominicano de Seguridad Social en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del Régimen Contributivo, del Régimen Contributivo Subsidiado o Subsidiado, garantizando siempre la libre escogencia del usuario en los términos

señalados por la ley 87-01 y remitir al Patronato de Recaudo e Informática de la Seguridad Social PRISS, a la Tesorería de la Seguridad Social y a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales la información relativa a la afiliación del trabajador o jefe de hogar y su familia, a las novedades laborales, y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios y estadísticas relacionadas.

2. Administrar el riesgo de sus afiliados, sobre la base de la oportunidad y la costo eficiencia de los tratamientos y servicios médicos de su red de proveedores de servicios de salud, quienes serán los responsables de aplicar las políticas y practicas que las ARS establezcan para lograr la disminución de ocurrencia de casos prevenibles de enfermedad o de casos sin atención oportuna. Las ARS evitarán en todo caso cualquier forma de discriminación.
3. Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema Dominicano de Seguridad Social mediante el recibo y manejo adecuado de los per capitais recibidos por sus afiliados; y pagar los servicios de salud a los prestadores de servicios de salud PSS con los cuales tenga contrato en los plazos y condiciones establecidas.
4. Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Básico de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a los per cápitas correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, a través de la contratación con Prestadoras de Servicios de Salud y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las entidades prestadoras de servicios de salud -PSS-.
5. Garantizar la prestación del servicio de salud derivado del sistema de riesgos laborales, conforme a las disposiciones legales que rijan la materia.
6. Las demás consagradas en las disposiciones legales y otras normas aplicables.

TITULO II.

DE LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LAS ADMINISTRADORAS DE RIESGOS DE SALUD Y EL SEGURO NACIONAL DE SALUD

CAPITULO I.

AUTORIZACION DE FUNCIONAMIENTO

ARTICULO 3o. OBTENCION DEL CERTIFICADO DE FUNCIONAMIENTO. Para la obtención del certificado de funcionamiento se deberán tener en cuenta las siguientes reglas:

1. Requisitos para iniciar operaciones. Las personas jurídicas que pretendan actuar como Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud, deberán obtener el respectivo certificado de funcionamiento que expedirá la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, de conformidad con la normativa vigente.

1.1. Además de los requisitos establecidos en el presente reglamento, las ARS/SNS deberán cumplir con las normas que les sean aplicables de conformidad con su naturaleza jurídica.

2. Contenido de la solicitud. La solicitud para obtener el certificado de funcionamiento de una Administradora de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud, deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la ley 87-01 y el presente reglamento y estar acompañada de la siguiente documentación:

a. El estudio de factibilidad que permita establecer la capacidad administrativa de la entidad así como su viabilidad financiera, y el proyecto de presupuesto para el primer año de operación.

b. Los documentos que acrediten el monto del capital que se exige en el artículo 6o de este Reglamento.

c. El listado preliminar de las prestadoras de servicios, grupos de práctica establecidos como tales y/o profesionales a través de los cuales se organizará la prestación del Plan Básico de Salud, cerciorándose de que su capacidad es la adecuada frente a los volúmenes de afiliación proyectados y que cumplen con los requisitos exigidos por la ley para actuar como tales.

d. El estudio de factibilidad que permita acreditar el logro del número mínimo de afiliados establecidos en el presente Reglamento dentro del tiempo previsto para tal fin.

e. Un informe que detalle el sistema de información que utilizará, especificando el software y hardware, así como la disponibilidad de dicho sistema para atender los reportes y requerimientos que soliciten las autoridades competentes.

f. Los planes y programas de auditoría que empleara frente a su red prestadora de servicios, con el fin de garantizar la calidad y oportunidad de los servicios prestados a los beneficiarios.

g. La información adicional que requiera la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales para cerciorarse del cumplimiento de los requisitos anteriores y los previstos en las disposiciones legales.

3. Publicidad de la solicitud y oposición de terceros. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la documentación completa a que hace alusión el artículo precedente, el Superintendente de Salud y Riesgos Laborales, autorizará la publicación de un aviso sobre la intención de obtener el certificado de funcionamiento por parte de la entidad, en un diario de amplia circulación nacional, en el cual se exprese por lo menos, el nombre de las personas que se asociaron, el nombre de la entidad, el monto de su capital y

el lugar en donde habrá de funcionar, todo ello de acuerdo con la información suministrada en la solicitud.

Tal aviso será publicado por cuenta de los interesados por tres (3) días consecutivos en un periódico de amplia circulación nacional, con el propósito de hacer de público conocimiento tal solicitud y que los terceros puedan presentar oposición documentada ante la SISALRIL en relación con dicha intención, a más tardar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la última publicación.

De la oposición se dará aviso inmediato y por escrito al solicitante.

4. Autorización para el funcionamiento. La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales deberá resolver la solicitud dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su presentación. Si la presentación de la solicitud o los documentos que la acompañan requieren ser aclarados o complementados, la SISALRIL informará al solicitante dentro del mes siguiente a la presentación de la solicitud para que aclare o complemente la información respectiva. Si el solicitante no allega la información dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al requerimiento de la SISALRIL se entiende que desiste de la solicitud. Si transcurridos los cuatro (4) meses la SISALRIL no se ha pronunciado se entenderá que la ARS fue aprobada.

4.1 La SISALRIL concederá la autorización para el funcionamiento de la entidad cuando la solicitud satisfaga los requisitos legales y verifique el carácter, la responsabilidad, la idoneidad y la solvencia patrimonial, de las personas que participen como socios, aportantes o administradores, en relación con la operación.

PARRAFO. Las entidades a que hace referencia el párrafo transitorio del artículo 149 de la ley 87-01 contarán con dos años a partir de la vigencia de dicha ley para obtener el certificado de funcionamiento como ARS.

ARTICULO 4o. DENOMINACION SOCIAL DE LAS ADMINISTRADORAS DE RIESGOS. A la razón social de las Administradoras de Riesgos de Salud se agregará la expresión " Administradora de Riesgos de Salud" o las iniciales "A.R.S", en cualquier caso consignando el número de acreditación de la SISALRIL

CAPITULO II. DEL REGIMEN PATRIMONIAL

ARTICULO 5º. MONTO DEL CAPITAL MINIMO. Las Administradoras de Riesgos de Salud o Seguro Nacional de Salud, que de conformidad a las disposiciones del Artículo 150 acápite (g) de la Ley 87-01, hayan sido autorizadas por la SISALRIL, deberán acreditar un capital mínimo de acuerdo a las siguientes categorías:

- a) Para las ARS/SNS acreditadas por la SISALRIL de conformidad con el párrafo Transitorio del Art.149 de la Ley 87-01, se acogerán a los cálculos de la tabla siguiente:

Capital suscrito y pagado	SMML	Capital Mínimo
10,000 a 100,000	2,000	5,224,000
100,001 a 500,000	3,000	7,836,000
500,001 en adelante	4,000	10,448,000

- b) Para las ARS de nueva constitución, acreditadas de conformidad con las disposiciones del Art.3 del presente Reglamento, deberán presentar un capital mínimo no inferior a los seis mil (6,000) salarios mínimos mensuales legales (smml).
- c) Las ARS Locales las cuales se describen en el Artículo 156 deberán acreditar a su capital mínimo la suma equivalente a 1,000 salarios mínimos mensuales legales.
- d) Las ARS Locales que tengan acuerdos comerciales, con una ARS de cobertura nacional deberán acogerse a la tabla del literal (a) y en adición a esto, aportar en su capital mínimo el equivalente a 1,000 salarios mínimos mensuales legales.

PARRAFO 1. Serán procedentes los aportes en especie, los cuales se podrán efectuar en la forma de inmuebles con destino a la sede de la ARS / SNS, así como de los bienes necesarios para la organización administrativa y financiera de la entidad. Para efecto del cálculo del capital mínimo a que se refiere el presente Reglamento, los bienes inmuebles que se aporten en especie solamente se computarán hasta por un valor que en ningún caso podrá superar al cincuenta por ciento (50%) del capital mínimo exigido.

ARTICULO 6°. VARIACIÓN DEL CAPITAL POR ORDEN DE AUTORIDAD. Cuando la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales determine que el capital de una Administradora de Riesgos de Salud o Seguro Nacional de Salud ha caído por debajo de los límites mínimos establecidos en las disposiciones legales correspondientes o en sus estatutos, afectándose gravemente su continuidad en la prestación del servicio, podrá pedir las explicaciones del caso y ordenarle que cubra la deficiencia dentro de un término no superior a tres (3) meses. Si transcurrido este tiempo la ARS / SNS no ha acreditado la cobertura de la diferencia, se revocará la autorización de funcionamiento.

ARTICULO 7°. RESERVA LEGAL. Las Administradoras de Riesgos de Salud constituidas bajo la forma de sociedades comerciales, deberán constituir para el adecuado funcionamiento y prestación del servicio, las reservas legales establecidas en el Código de Comercio Dominicano

CAPITULO III. DEL MARGEN DE SOLVENCIA

ARTICULO 8°. MARGEN DE SOLVENCIA. Para asegurar la liquidez de las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud estas deberán mantener como margen de solvencia, sin excepción, un patrimonio mínimo equivalente a una (1) vez el monto que resulte de multiplicar el número de afiliados que tenga cada mes por el valor del promedio estimado mensual del per cápita aprobado y deducible de la deuda de la Tesorería de la Seguridad Social. El CNSS revisará, con la recomendación de SISALRIL, este margen de solvencia de acuerdo al comportamiento del proceso.

PARRAFO 1. Para el cálculo del valor del margen de solvencia se harán cortes trimestrales, debiendo las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud acreditar como margen de solvencia la suma que resulte de realizar la operación antes mencionada, tomando como base para dicha operación el número y composición de afiliados del período inmediatamente anterior.

PARRAFO 2. Cuando se trate de planes complementarios, también será necesario acreditar un margen de solvencia el cual se liquidará en las fechas antes mencionadas, tomando como base el valor promedio mensual de los planes complementarios, por el número de afiliados durante el período inmediatamente anterior al de la liquidación del margen de solvencia.

PÁRRAFO 3. La clase, composición y restricciones del portafolio de inversiones correspondientes al margen de solvencia, estará sustentado por certificados de depósito a plazo fijo en las instituciones del sistema financiero nacional.

CAPITULO IV. LIMITES A LAS OPERACIONES FINANCIERAS E INVERSIONES

ARTICULO 9°. OPERACIONES FINANCIERAS NO AUTORIZADAS. Las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud deberán abstenerse de:

1. Disponer a cualquier título para otros fines distintos a los previstos en la ley y el presente Reglamento, de los recursos de los per cápitas recibidos.
2. Gravar, bajo cualquier modalidad, los títulos representativos de las inversiones a través de los cuales se constituya el margen de solvencia previsto en el presente Reglamento, a menos que el margen de solvencia tenga un valor superior al capital mínimo acreditado, caso en el cual el gravamen podrá ascender hasta un equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor del margen de solvencia. Las opciones de inversión y gravamen del margen de solvencia no podrán ejercerse en forma simultánea. Dicho gravamen sólo será procedente para garantizar operaciones de inversión en infraestructura y mejoramiento del servicio.

3. Durante los dos (2) primeros años a partir de la expedición del certificado de autorización, las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud no podrán destinar más del uno por ciento (3%) de lo recibido por concepto del per cápita promedio estimado para gastos de publicidad. Todo gasto adicional deberá pagarse con sus recursos propios.

TITULO III. DE LA REGULACION DE LA LIBRE ESCOGENCIA

CAPITULO I. DE LA REGULACION DE LA LIBRE ESCOGENCIA EN ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE RIESGOS DE SALUD / SEGURO NACIONAL DE SALUD Y EN PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

ARTICULO 10°. REGIMEN GENERAL DE LA LIBRE ESCOGENCIA. El Régimen de la libre escogencia estará regido por las siguientes reglas:

1. Obligación de Afiliación. La afiliación al Sistema Dominicano de Seguridad Social es obligatoria para todos los ciudadanos dominicanos y los residentes legales en la República Dominicana. En consecuencia corresponde a todos los empleadores públicos y privados de conformidad con la Ley, la afiliación de sus trabajadores a este Sistema; y al Estado el facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculos con algún empleador o no tengan capacidad de pago, también aplicaran las disposiciones del Art.5 acápite c, párrafo.

2. Configuración Familiar de la Afiliación. Los beneficiarios de la cobertura familiar podrán acceder a los servicios del Sistema de Seguridad Social, siempre que todos los miembros familiares, sean cotizantes o no, se encuentren afiliados a la misma Administradoras de Riesgos de Salud o Seguro Nacional de Salud, salvo que exista imposibilidad por razones legales o de hecho para mantener la unidad familiar, o por problemas insalvables relacionados con el lugar de residencia de sus integrantes.

3. Garantía de Atención. Las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud están obligadas a garantizar la prestación del Plan Básico de Salud a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización u obtenga el subsidio correspondiente de acuerdo con lo previsto en la Ley y sus normas reglamentarias.

3.1 Las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud únicamente podrán rechazar una afiliación cuando carezcan de los recursos técnicos que le permitan organizar el servicio en la residencia del afiliado.

4. Libre escogencia de Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud. Se entenderá como derecho a la libre escogencia de acuerdo con la Ley, la facultad que tiene un afiliado de escoger entre las diferentes Administradoras de Riesgos de Salud /

Seguro Nacional de Salud, aquella que administrará la prestación de sus servicios de salud derivados del Plan Básico de Salud con las limitaciones señaladas en la ley 87-01.

4.1 Del ejercicio de este derecho podrá hacerse uso una vez por año, contado a partir de la fecha de vinculación de la persona, salvo cuando se presenten casos de mala prestación o suspensión del servicio debidamente documentada por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.

5. La libre escogencia de Prestadoras de Servicios de Salud. La Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud garantizará al afiliado la posibilidad de escoger la prestación de los servicios que integran el Plan Básico de Salud acorde con lo establecido en las normativas de la atención por niveles, entre un número plural de prestadores de servicios de salud, excepto cuando existan limitaciones en la oferta de servicios. Para este efecto, la entidad deberá tener a disposición de los afiliados el correspondiente listado de prestadores de servicios que componen su red en los diferentes niveles de complejidad.

5.1 La Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud podrá establecer condiciones de acceso del afiliado a los prestadores de servicios, para que ciertos casos sean atendidos de acuerdo con el grado de complejidad de las instituciones y el grado de especialización de los profesionales y se garantice el manejo eficiente de los recursos.

6. Deber de Información. Cuando se suprima una institución prestadora, o un convenio con un profesional independiente por mala calidad del servicio, este hecho se deberá informar a la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales y a los afiliados dentro de los diez (10) días siguientes a aquel en que se presente la novedad.

7. Prácticas no Autorizadas. Las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud de conformidad con lo que para el efecto señale el Consejo Nacional de Seguridad Social, deberán abstenerse de introducir prácticas que afecten la libre escogencia del afiliado, tales como las que a continuación se enumeran:

(1) Ofrecer incentivos para lograr la renuncia del afiliado, tales como tratamientos anticipados o especiales al usuario sobre enfermedades sujetas a períodos mínimos de cotización, así como bonificaciones, pagos de cualquier naturaleza o condiciones especiales para parientes en cualquier grado de afinidad o consanguinidad;

(2) Utilizar mecanismos de afiliación que discriminen a cualquier persona por causa de su estado previo, actual o potencial de salud y utilización de servicios;

(3) Terminar en forma unilateral la relación contractual con sus afiliados, o negar la afiliación a quien desee afiliarse, siempre que garantice el pago de la cotización o subsidio correspondiente, salvo cuando exista prueba de que el usuario ha utilizado o intentado utilizar los beneficios que le ofrece el Sistema Dominicano de Seguridad Social en forma abusiva o de mala fe. Para estos efectos, se consideran conductas abusivas o de mala fe del usuario entre otras, las siguientes:

a) solicitar u obtener para sí o para un tercero, por cualquier medio, servicios o medicamentos que no sean necesarios;

b) solicitar u obtener la prestación de servicios del Sistema Dominicano de Seguridad Social a personas que legalmente no tengan derecho a ellos;

c) suministrar a las entidades Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud y prestadoras de servicios en forma deliberada información falsa o engañosa;

d) utilizar mecanismos engañosos o fraudulentos para obtener beneficios del Sistema o tarifas mas bajas de las que le corresponderían y eludir o intentar eludir por cualquier medio la aplicación de pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles; y

(4) Cualesquiera otros medios, sistemas o prácticas que tengan por objeto o como efecto afectar la libre escogencia del usuario.

8. Acuerdos Especiales entre las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud y el Afiliado. Las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud y los afiliados podrán acordar períodos de permanencia del afiliado por un término superior a un año, como contrapartida por la atención de enfermedades sujetas a períodos mínimos de cotización, antes del vencimiento de dichos períodos.

9. Permanencia para Atención de Servicios Sujetos a Períodos Mínimos de Cotización. Una vez cumplidos los períodos mínimos de cotización, el afiliado que haga uso de los servicios organizados por las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud para atender esta clase de procedimientos de alta complejidad y costo sujetos a períodos mínimos de cotización, deberá permanecer salvo mala prestación del servicio por lo menos dos años después de culminado el tratamiento en la respectiva Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud.

10. Incentivos a la Permanencia. Las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud podrán establecer de manera general para sus afiliados, con aprobación de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, incentivos a la permanencia de los mismos.

11. Alianzas de Usuarios. Las alianzas o asociaciones de usuarios que se constituyan de conformidad con la Ley sobre la base de empresas, ramas de actividad social y económica, sindicatos, u otros tipos de asociación, tendrán como objetivo único el fortalecimiento de la la protección de los derechos de los usuarios y la participación comunitaria de los afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social.

11.1 Los afiliados que formen parte de estos mecanismos de asociación conservarán su derecho a la libre escogencia, para lo cual deberán ser informados previamente de las decisiones proyectadas, y manifestar en forma expresa su aceptación.

12. Transparencia. Las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud deberán publicar en un diario de circulación nacional, de conformidad con los parámetros

que determine la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, los estados financieros y las condiciones de prestación del servicio que le permitan a los usuarios tomar racionalmente sus decisiones.

13. Plazo para la Escogencia. Las personas con nuevos contratos de trabajo o vinculación laboral deberán escoger al momento de su vinculación la Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud a la cual estarán afiliados. Si pasado el término de 10 (diez) días calendario este no lo hiciera, el empleador escogerá en su nombre a la Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud y procederá a afiliarlo a ella. Esta afiliación se considerará válida por un (1) año, después del cual el trabajador podrá cambiarse de ARS / SNS.

PARRAFO. Para las personas afiliadas con anterioridad a la vigencia de la ley 87-01 al IDSS o a un seguro de salud se aplicará lo dispuesto en el artículo 165 de dicha ley y las disposiciones que a este respecto dicte el CNSS.

ARTICULO 11°. OBLIGACIONES ESPECIALES. Son obligaciones especiales de las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud:

1. Acreditar al corte del mes de junio y al corte del mes de diciembre de cada año que su composición de beneficiarios se sujetó a los siguientes porcentajes promedio estimado:

- a. No menos de un cinco por ciento (5%) deben ser personas mayores de sesenta (60) años;
- b. No menos de un veinte por ciento (20%) deben ser mujeres entre los quince (15) y los cuarenta y cuatro (44) años.

PARRAFO. Los porcentajes aquí previstos podrán ser reducidos excepcionalmente por el CNSS, previo examen de la composición demográfica de las regiones de influencia donde la Administradora de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud preste sus servicios.

2. Acreditar después del segundo año de operación, contado a partir de la fecha en que se le otorgue el certificado de funcionamiento, un mínimo de cincuenta mil (50.000) afiliados. Para el primer año se deberá acreditar un mínimo de veinte mil (20.000) afiliados.

3. Mantener actualizada toda la información de los afiliados, de tal forma que se logre una oportuna prestación del servicio.

TITULO IV.

EL REGIMEN DE CONTRATACION, PROMOCION Y RECAUDO, TRANSFERENCIA Y GIRO DE RECURSOS

CAPITULO I.

DEL REGIMEN DE CONTRATACION, PROMOCION Y RECAUDO, TRANSFERENCIA Y GIRO DE RECURSOS

ARTICULO 12°. CONTRATOS PARA LA PRESTACION DEL PLAN BÁSICO DE SALUD. Los contratos de afiliación para la prestación del Plan Básico de Salud que suscriban las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud con sus afiliados deberán garantizar la prestación de los servicios que el Plan comprende, de conformidad con las disposiciones legales. Su duración será indefinida para aquellos afiliados cotizantes con vinculación laboral y anual para trabajadores afiliados al Régimen Contributivo Subsidiado y Subsidiado.

ARTICULO 13°. CONTRATOS PARA LA PRESTACION DE PLANES COMPLEMENTARIOS. Los contratos para la prestación de planes complementarios de salud que suscriban las entidades autorizadas para ello se sujetarán a las siguientes exigencias:

1. Contenido. Deberán ajustarse a las siguientes exigencias en cuanto a su contenido:
 - a. Deben ajustarse a las prescripciones del presente reglamento, a las normas que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social y a las disposiciones legales que regulen este tipo de contratos, so pena de considerarse nulos. La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales autorizará los contratos de planes complementarios de acuerdo a las normas aprobadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS).
 - b. Su redacción debe ser clara, en idioma castellano, y de fácil comprensión para los usuarios. Por tanto, los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles;
 - c. El contrato debe establecer de manera expresa el período de su vigencia, el precio acordado, la forma de pago, el nombre y generales de los usuarios, la modalidad del servicio y alcance del mismo;
 - d. El contrato debe llevar la firma de las partes contratantes y su legalización de firmas;
 - e. Cualquier modificación a un contrato deberá realizarse de común acuerdo entre las partes y por escrito, salvo disposición de carácter legal, y
 - f. El contrato deberá establecer de manera clara los períodos mínimos de cotización, las limitaciones y las exclusiones.
2. Aprobación de los planes y contratos. Los planes de salud y modelos de contrato de planes complementarios deberán ser aprobados previamente por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales. La petición deberá demostrar la viabilidad financiera del plan.

ARTICULO 14°. PROMOCION DE LA AFILIACION. Las Administradoras de Riesgos / Seguro Nacional de Salud podrán utilizar para la promoción de la afiliación a personas físicas o morales como vendedores con o sin relación laboral.

PARRAFO 1. Cuando la promoción se realice por conducto de personas físicas o morales como vendedores, las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud verificarán la idoneidad, honestidad, trayectoria, especialización, profesionalismo y conocimiento adecuado de la labor que desarrollán.

PARRAFO 2. El promotor desarrollará su actividad en beneficio de la Administradora de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud con la cual haya celebrado el respectivo convenio, sin perjuicio de que en forma expresa obtenga autorización para desarrollar su actividad en beneficio de otras Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud y serán autorizados y supervisados por la SISALRL.

PARRAFO 3. Todas las actuaciones de los promotores en el ejercicio de su actividad, obligan a la Administradora de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud respecto de la cual se hubieren desarrollado, y comprometen por ende su responsabilidad.

PÁRRAFO 4. Las cláusulas de exclusividad de los promotores de salud con las ARS son de índole exclusiva de sus contratantes.

ARTICULO 15°. REQUISITOS PARA LA ACREDITACIÓN DE LOS PROMOTORES. Las personas físicas o morales que deban obtener su acreditación con fines de ser promotores de salud, deberán reunir los siguientes requisitos:

- Llenar formulario de solicitud de acreditación en la SISALRIL.
- Presentar certificación de entrenamiento en la ARS para la cual va a trabajar.
- Tomar examen de aprobación en la SISALRIL, que avalen sus conocimientos de los componentes del plan básico de salud, la ley 87-01 y sus reglamentos.
- Pagar costo de la Licencia para la expedición de su carnet por la SISALRIL que lo acredite como Promotor de salud y gestionar sus renovaciones posteriores.

PARRAFO: Para el caso de las personas morales, estos requisitos aplicarán al representante legal debidamente autorizado para esos fines.

ARTICULO 16°. RESPONSABILIDAD DE LOS PROMOTORES. Cualquier infracción, error u omisión, en especial aquellos que impliquen perjuicio a los intereses de los afiliados, en que incurran los promotores de las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud en el desarrollo de su actividad, compromete la responsabilidad de la ARS/SNS con respecto de la cual realicen sus labores de promoción, o con la cual en ocasión de su gestión se hubiere realizado la respectiva vinculación, sin perjuicio de la responsabilidad de los promotores frente a la correspondiente Administradora de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud.

ARTICULO 17°. ORGANIZACION AUTONOMA DE LOS PROMOTORES. Las personas morales que hubieren celebrado convenio de promoción con la Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud, deberán disponer de una organización técnica, contable y administrativa que permita la prestación específica de las actividades objeto del convenio, respecto de las demás actividades que desarrollan en virtud de su objeto social.

ARTICULO 18°. IDENTIFICACION FRENTE A TERCEROS. Los promotores de las Administradoras de Riesgos / Seguro Nacional de Salud deberán hacer constar su condición de tales en toda la documentación que utilicen para desarrollar su actividad, e igualmente harán constar la denominación de la Administradora de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud para la cual realicen su labor de promoción.

ARTICULO 19°. REGISTRO DE PROMOTORES. Las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud deberán mantener a disposición de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales una relación de los convenios que hubieren celebrado con personas *físicas o morales*, según lo previsto en el presente Reglamento.

ARTICULO 20°. CAPACITACION. Las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud deberán procurar la idónea, suficiente y oportuna capacitación de sus promotores, mediante programas establecidos para tal fin.

PARRAFO 1. Los programas de capacitación de las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud deben cumplir con los requisitos mínimos que establezca la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales en el contenido de la información de venta de los planes de salud.

PARRAFO 2. En cualquier tiempo, la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales podrá practicar verificaciones especiales de conocimiento a los promotores de las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud y podrá disponer la modificación de los correspondientes programas de capacitación.

ARTICULO 21°. UTILIZACION CONJUNTA DE PROMOTORES. Salvo estipulación en contrario, los promotores de las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud podrán prestar sus servicios a más de una de tales entidades, previa autorización de la SISALRIL.

ARTICULO 22°. PROHIBICION PARA LAS ADMINISTRADORAS DE RIESGOS / SEGURO NACIONAL DE SALUD Y SUS PROMOTORES. Las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud reconocerán a sus promotores un pago o comisión que no podrá depender de las condiciones de salud o de la edad del afiliado. Las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud no podrán establecer otros mecanismos de remuneración a los promotores, diferentes a la comisión pactada, como incentivos o beneficios, ya sea de manera directa o indirecta, propia o por conducto de sus subordinados, en función del volumen de afiliaciones. Lo anterior sin perjuicio de

pactar otras formas diferentes de remuneración que no sean una comisión por las afiliaciones logradas.

PARRAFO. Los promotores se abstendrán de compartir o entregar al afiliado, directa o indirectamente, de manera directa o por conducto de sus subordinados, porcentaje alguno de la comisión ordinaria que por su labor de promoción de afiliaciones se hubiere pactado como remuneración en el respectivo convenio.

TITULO V CAPITULO I DISOLUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE ARS / SNS

ARTÍCULO 23°. DISOLUCIÓN. Las ARS/SNS se disolverán por las causas previstas en las leyes vigentes y en sus estatutos de conformidad con la naturaleza de cada una de las entidades. La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales verificará la existencia de la causal de disolución e impartirá su aprobación.

Adicionalmente la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales podrá declarar la pérdida de autorización de las ARS/SNS en los siguientes casos:

1. El incumplimiento reiterado de las obligaciones establecidas en la Ley 87-01, los reglamentos y normas complementarias vigentes que afecte el correcto funcionamiento del Sistema.
2. La reducción del capital mínimo exigido, o el incumplimiento del margen de solvencia en más de dos periodos trimestrales consecutivos.
3. El incumplimiento reiterado de la obligación de garantizar el Plan Básico de Salud a sus afiliados.
4. El desacato sistemático de las instrucciones y requerimientos que le formule la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.
5. El retraso permanente e injustificado en los pagos que deban efectuarse a las Prestadoras de Servicios de Salud.
6. El incumplimiento de las órdenes de capitalización que le realice la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.
7. El incumplimiento del número mínimo de afiliados que deben acreditar de conformidad con las normas complementarias.

PARRAFO. La pérdida de la autorización de la ARS se efectuará por resolución motivada, previo el desarrollo de un proceso donde se permita a la ARS presentar los argumentos y descargos correspondientes. Luego de emitida la resolución en este aspecto, por parte de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, la ARS afectada por la misma, podrá ejercer su derecho de apelación ante el CNSS consignados en los Artículos 22 literal (q) y 184 de la Ley 87-01.

ARTÍCULO 24°. LIQUIDACIÓN. Establecida la disolución de una ARS/SNS se procederá inmediatamente a su liquidación. Con posterioridad a la disolución los actos de la ARS/SNS se limitarán a aquellos necesarios para la liquidación. El proceso de liquidación podrá efectuarse directamente por un liquidador designado por la propia entidad o con la intervención de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, cuando esta entidad juzgue conveniente intervenir la ARS/SNS con fines de liquidación.

PARRAFO 1. Cuando la SISALRIL decida asumir directamente el proceso de liquidación de una ARS/SNS designará el liquidador respectivo, quien sustituirá en sus funciones al representante legal de la ARS/SNS y los demás organismos de dirección.

PARRAFO 2. En los eventos en que la liquidación se adelante sin la intervención de la Superintendencia, en todo caso esta entidad ejercerá vigilancia y control sobre el proceso liquidatorio y podrá intervenir en el momento en que lo considere conveniente.

PARRAFO 3. El proceso de liquidación de una ARS/SNS se efectuará de conformidad con las normas vigentes aplicables según la naturaleza jurídica de la ARS/SNS. El noventa por ciento (90%) de los recursos que por concepto del Per Capita por Afiliado estén en poder de la ARS/SNS se destinarán exclusivamente, al pago de las deudas existentes con las prestadoras de servicios de salud.

CAPITULO II FUSIONES

ARTICULO 25°. CONCEPTO. Habrá fusión cuando una o más ARS/SNS se disuelvan, sin liquidarse, para ser absorbidas por otra o para crear una nueva. El primer evento se denominará fusión por absorción y el segundo fusión por creación de persona nueva.

PARRAFO. La absorbente adquirirá los derechos y obligaciones de las ARS/SNS disueltas al formalizarse el acuerdo de fusión.

ARTICULO 26°. CONTENIDO DE LA FUSION. La Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales es la autoridad competente para aprobar todas las fusiones de las ARS/SNS previa verificación de los requisitos establecidos en los estatutos de las entidades fusionadas para adelantar este trámite. El compromiso de fusión deberá presentarse a la Superintendencia con los siguientes requisitos:

1) Los motivos de la proyectada fusión y las condiciones en que se realizará;

- 2) Los datos y cifras, tomados de los libros de contabilidad de las ARS/SNS interesadas, que hubieren servido de base para establecer las condiciones en que se realizará la fusión;
- 3) La discriminación y valoración de los activos y pasivos de las sociedades que serán absorbidas, y de la absorbente;
- 4) Un anexo explicativo de los métodos de evaluación utilizados y del intercambio de partes de interés, cuotas o acciones que implicará la operación;
- 5) Copias certificadas de los balances generales de las ARS/SNS participantes;
- 6) Compromiso firmado por todas las ARS/SNS participantes, donde conste que el proceso de fusión no afectará la prestación de los servicios a los afiliados y los mecanismos que se utilizarán para evitar esta situación, y;
- 7) Estados financieros certificados por tres contadores públicos autorizados, que certifiquen además el valor actual de las acciones de dicha ARS.

ARTICULO 27°. PUBLICIDAD DE LA FUSION. Los representantes legales de las ARS/SNS darán a conocer al público la aprobación del compromiso, mediante tres avisos publicados por tres días hábiles consecutivos, en un diario de amplia circulación nacional. Dicho aviso deberá contener:

- 1) Los nombres de las ARS/SNS participantes, sus domicilios y el capital social, o el suscrito y el pagado, en su caso;
- 2) El valor de los activos y pasivos de las sociedades que serán absorbidas y de la absorbente;
- 3) La síntesis del anexo explicativo de los métodos de evaluación utilizados y del intercambio de partes de interés, cuotas o acciones que implicará la operación;
- 4) La información necesaria a todos los afiliados de las entidades absorbentes y absorbidas para que tengan conocimiento de los efectos de la fusión en cuanto a la red prestadora de servicios y la forma de acceder a los servicios de salud, y;
- 5) Las citas de las leyes vigentes en este caso, observadas para la realización del proceso.

ARTICULO 28°. ACREEDORES. Dentro de los treinta días siguientes a la fecha de publicación del acuerdo de fusión, los acreedores de las ARS/SNS participantes en la fusión que se consideren afectados por el proceso fusión podrán solicitar a la Superintendencia que se exija a las ARS/SNS garantías satisfactorias y suficientes para el pago de sus créditos. Si la solicitud fuere procedente, la Superintendencia exigirá a las ARS/SNS deudoras, que se preste la garantía suficiente o se cancelen los créditos como requisito previo a la aprobación de la fusión.

ARTICULO 29°. APROBACION. Cumplido los requisitos establecidos en los artículos anteriores, la SISALRIL impartirá la autorización de la fusión y las entidades participantes podrán realizar los actos necesarios para formalizarla.

ARTICULO 30°. DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LA ARS/SNS ABSORBENTE O LA ARS NUEVA. En virtud del acuerdo de fusión, una vez formalizado, la ARS/SNS absorbente o la ARS/SNS nueva adquiere los bienes y derechos de las ARS/SNS absorbidas, y se hace cargo de pagar el pasivo interno y externo de las mismas.

CAPITULO III

VENTA DE ACTIVOS Y/O PATRIMONIO; DISMINUCIÓN DE CAPITAL Y/O CAPACIDAD INSTALADA Y REFORMA DE LOS ESTATUTOS

ARTICULO 31°. VENTA DE ACTIVOS Y/O PATRIMONIO. Cuando una ARS/SNS pretenda vender activos por valor superior al cincuenta por ciento (50%) de su patrimonio requerirá autorización previa de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales.

PARRAFO. La SISALRIL evaluará la pertinencia, valor u objeto de la venta, teniendo en cuenta que no afecte el normal desarrollo de la ARS ni las obligaciones que posea frente a las Prestadoras de Servicios de Salud y los afiliados. Efectuada la evaluación, la Superintendencia mediante resolución debidamente motivada aprobará o desautorizará la venta.

ARTICULO 32°. DISMINUCIÓN DE CAPITAL Y/O CAPACIDAD INSTALADA. Toda disminución de capital de una ARS/SNS deberá ser autorizada previamente por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales. En ningún caso dicha disminución puede implicar una reducción del capital por debajo de los valores exigidos en el presente reglamento.

PARRAFO 1. Cuando la venta de activos o disminución de capital implique adicionalmente una reducción de la capacidad instalada de la ARS/SNS, la SISALRIL evaluará si esta reducción afecta el normal funcionamiento de la entidad en relación con el número de afiliados que posea. En el evento en que la SISALRIL determine que la reducción afecta el normal funcionamiento de la entidad, podrá, mediante resolución motivada, rechazarla o autorizarla por un menor valor.

PARRAFO 2. Para los efectos previstos en el presente artículo se entiende por capacidad instalada los bienes necesarios para la prestación de los servicios que son responsabilidad de las ARS/SNS, tales como el hardware y software, la red de prestación de servicios, las sedes administrativas, la capacidad de comunicaciones, entre otros.

ARTICULO 33°. REFORMA DE ESTATUTOS. Las reformas estatutarias realizadas por las ARS/SNS requerirán aprobación expresa previamente de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (Art.153, Ley 87-01). Para impartir la respectiva aprobación las ARS/SNS deberán presentar a la SISALRIL copia de la reforma respectiva acompañada de una constancia que indique que para su aprobación se surtió previamente el procedimiento señalado en los estatutos de la ARS/SNS.

PARRAFO 1. Las reformas estatutarias no podrán contravenir las leyes, los presentes reglamentos y demás normas complementarias dictadas por la SISALRIL y el CNSS.

PARRAFO 2. Una vez revisado el contenido de la reforma estatutaria, la SISALRIL procederá a realizar las observaciones pertinentes o impartir su aprobación.

TITULO VI. DISPOSICIONES VARIAS

CAPITULO I. DISPOSICIONES VARIAS

ARTICULO 34°. CONFLICTOS DE INTERES Y PRACTICAS NO AUTORIZADAS. Las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud, sus directores y representantes legales, deberán abstenerse en general de realizar cualquier operación que pueda conducir a prácticas no autorizadas o dar lugar a conflictos de interés entre ellas o sus accionistas, socios, aportantes o administradores, o vinculados, en relación con los recursos que administren y adoptarán las medidas necesarias para evitar que tales conflictos se presenten en la práctica.

Se entiende por conflicto de interés la situación en virtud de la cual una persona en razón de su actividad, se enfrenta a distintas alternativas de conducta con relación a intereses incompatibles, ninguno de los cuales puede privilegiar en atención a sus obligaciones legales o contractuales.

ARTICULO 35°. INFORMACION. Las Administradoras de Riesgos de Salud / Seguro Nacional de Salud, deberán establecer Sistemas de Información con las especificaciones y periodicidad que determine el CNSS, el PRISS y la SISALRIL dentro de sus competencias respectivas, con el fin de lograr el adecuado seguimiento y control de su actividad y del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

ARTICULO 36°. VIGENCIA. El presente Reglamento rige a partir de la fecha de su publicación.

Yo, Arismendi Díaz Santana, en mi calidad de Secretario General del Consejo Nacional de Seguridad Social, certifico que este reglamento fue conocido y aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social mediante resoluciones No. 44-01 de fecha 12 de Septiembre, Nos. 46-02, 46-03, 46-04, 46-05, 46-06, 46-07, 46-08, de fecha 26 de Septiembre y que incluye las modificaciones realizadas mediante resoluciones Nos. 47-03 y 47-04 de fecha 03 de octubre del presente año.