

Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DEL INTERIOR

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS

MINISTERIO DE INDUSTRIA, ENERGÍA Y MINERÍA

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DE GANADERÍA, AGRICULTURA Y PESCA

MINISTERIO DE TURISMO Y DEPORTE

MINISTERIO DE VIVIENDA, ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y

MEDIO AMBIENTE

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL

Montevideo, 30 NOV. 2010

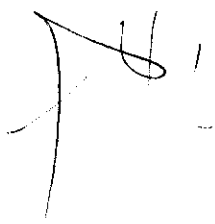
SEÑOR PRESIDENTE DE LA ASAMBLEA GENERAL

Poder Ejecutivo tiene el honor de remitir a la Asamblea General el Proyecto de Ley adjunto, en el que se define el cronograma de incorporación al Seguro Nacional de Salud de los jubilados y pensionistas que todavía no gozan de sus beneficios, proceso gradual que se completará en el año 2016.-----

Por otra parte, se introducen ajustes a la Ley N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007, regulatoria del Sistema Nacional de Salud, en lo que refiere a los aportes personales al Fondo Nacional de Salud. El cambio propuesto al régimen vigente implica que el financiamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud pasará a sustentarse menos en el componente de contribuciones a la seguridad social y más en el componente de financiamiento tributario a través de Rentas Generales. No debe perderse de vista que dicha fuente de financiamiento tiene un alto componente progresivo a partir de los cambios incorporados al sistema tributario en julio de 2007 y que, los compromisos programáticos de la fuerza política de gobierno, permiten augurar una profundización de dicho sesgo progresivo.-----

Asimismo y a partir de la próxima incorporación al Seguro Nacional de Salud de los beneficiarios de cajas de auxilio, se habilita la constitución de seguros convencionales de enfermedad y la pervivencia de los actualmente existentes, bajo nuevas normas que acotan su objeto a brindar prestaciones sanitarias no cubiertas por el Seguro Nacional de Salud y subsidios por enfermedad o complementos de los mismos.---

Por último y en el afán de garantizar la protección de la salud de la infancia y adolescencia, se contempla la eventualidad de que algunos integrantes de estos colectivos queden sin cobertura a causa de que los generantes adultos del amparo del Seguro Nacional de Salud para ellos, pierdan la actividad que les concede tal derecho, no accediendo al subsidio por inactividad compensada o habiendo el mismo agotado su vigencia.-----



Ministerio de Salud Pública

Saludamos a este alto cuerpo con la mayor estima y consideración.-----

Mensaje N°

Ref. N°

/aes

Camel Desk

J. Mujica
[Signature]
[Signature]
[Signature]

[Signature]
[Signature]
[Signature]
[Signature]
[Signature]

J. Mujica
JOSÉ MUJICA
Presidente de la República

Lee Pratt

Ministerio de Salud Pública

EXPOSICION DE MOTIVOS

La Reforma de la Salud, iniciada al amparo de las Leyes N° 17.930 de 19 de diciembre de 2005 y N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007, fiel a su objetivo fundamental de asegurar el acceso universal a servicios de atención integral de salud, transita su segunda etapa.-----

Durante ella, se pretende avanzar sustancialmente en la incorporación al Seguro Nacional de Salud de los colectivos todavía no amparados, así como ajustar su sistema de gasto y financiamiento, de modo que asegure mayor equidad, solidaridad y sustentabilidad.-----

Con el objetivo de dotar de sustento jurídico a las transformaciones que se consideran necesarias, la presente Ley se estructura en cinco capítulos: Incorporación de jubilados y pensionistas. Ajustes al régimen de contribuciones al Fondo Nacional de Salud, modificaciones al régimen de Cajas de Auxilio o seguros convencionales de enfermedad, continuidad del amparo de menores y mayores con discapacidad y disposiciones transitorias.-----

CAPITULO I: INGRESO DE JUBILADOS Y PENSIONISTAS

Este capítulo determina el ingreso gradual de la totalidad de jubilados y pensionistas que todavía no cuenten con el amparo del Seguro Nacional de Salud. La incorporación al mismo asegurará a esos colectivos no solo la posibilidad de contar con cobertura integral de salud brindada a través de prestadores públicos o privados, sino que además garantiza para todos sus integrantes el derecho a no ser rechazados por ninguno de esos prestadores en virtud de la evaluación

de riesgos derivados de la edad, enfermedades preexistentes u otras características individuales.-----

El amparo del Seguro Nacional de Salud también los hace acreedores de beneficios especiales, como una canasta de tickets y órdenes gratuitos, que atiende a las necesidades asistenciales más frecuentes, tanto de consultas médicas como de estudios paraclínicos y medicamentos.-----

El cronograma de ingresos desarrollado en el Artículo 1º de esta Ley fue definido en base a un conjunto de consideraciones sobre la situación de vulnerabilidad social de esos colectivos y a su nivel de ingresos.-----

Por su mayor vulnerabilidad social, en primer lugar se contempla el ingreso de los jubilados por incapacidad total cuyos ingresos no superen las cuatro BPC (bases de prestaciones y contribuciones).-----

A partir del 1º de julio de 2012, comenzarán a incorporarse progresivamente los pasivos que al 1º de diciembre de 2010 no cuenten con cobertura brindada por un prestador privado de los que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud. Los criterios con los que se diseñó la progresividad de su incorporación, responden al igual que en el caso anterior, a la necesidad de atender prioritariamente a los grupos menos favorecidos de la población. Así seguirán ingresando las personas con menores haberes por concepto de jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, para completar el ingreso de los jubilados y pensionistas referidos en el año 2016.-----

Paralelamente, se establece la incorporación de jubilados y pensionistas que al 1º de diciembre de 2010, estén pagando privadamente su cuota de prepago a prestadores privados, todos los cuales ingresarán al Seguro Nacional de Salud a partir del 1º de julio de

Ministerio de Salud Pública

2012. En este caso, la gradualidad está referida a la forma en que realizarán su contribución al Fondo Nacional de Salud estos pasivos, así como al monto de la cuota salud que recibirán los prestadores en cuyos registros de usuarios se inscriban por la atención integral de salud que les brinden. El principio rector es que dichos beneficiarios tengan una erogación menor a la que hoy les significa la cuota de prepago, conservando las mismas prestaciones a las que se sumarán la ya mencionada canasta de tickets y órdenes gratuitos. En 2016 todos estos jubilados y pensionistas solamente realizarán los aportes al Fondo Nacional de Salud que prevé la Ley N° 18.211 con las modificaciones introducidas por la presente Ley. Los prestadores, por su parte, a partir del mismo año recibirán el monto total de la cápita que corresponda a esos pasivos de acuerdo a la edad y sexo de los mismos.-----

Cabe destacar que la incorporación de los referidos colectivos, que suman casi medio millón de personas, a un sistema en el que lo que perciben los prestadores por los servicios que presten está vinculado al riesgo sanitario de los usuarios, dotará de mayores ingresos al conjunto de las instituciones que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud, consolidando la sustentabilidad de largo plazo del sistema en su conjunto, y generando condiciones para alcanzar mayores niveles de calidad en la atención brindada.-----

El ingreso de jubilados y pensionistas bajo las modalidades antedichas, supone modificaciones al contrato de gestión vigente suscripto entre la Junta Nacional de Salud y los prestadores que integran el Sistema Nacional de Salud. Los prestadores que acuerden con el nuevo régimen, serán los que podrán recibir como usuarios a los nuevos beneficiarios del Seguro Nacional de Salud.-----

CAPITULO II. AJUSTES EN EL REGIMEN DE CONTRIBUCIONES AL FONDO NACIONAL DE SALUD

Este capítulo introduce modificaciones significativas en el régimen de contribuciones al Fondo Nacional de Salud, a cargo de quienes sean o resulten beneficiarios del Seguro Nacional de Salud. A tal efecto, se incorpora al Artículo 55 de la Ley N° 18.211 un inciso que faculta al Poder Ejecutivo a determinar el costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud de las prestaciones de salud durante toda la vida de la persona, teniendo en cuenta las cuotas salud definidas como ya indica la Ley citada, las expectativas de vida de la población, las cuotas del Fondo Nacional de Recursos y el costo de administración del seguro.-----

Al 31 de diciembre de cada año, se deberá comparar la suma de las contribuciones personales al Fondo Nacional de Salud realizadas durante el año civil, con la suma del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud de las prestaciones recibidas por el beneficiario, sus hijos menores o mayores con discapacidad y su cónyuge o concubino a los que conceda el mismo amparo durante el mismo período, incrementada en un 25% (veinticinco por ciento). Si la primera de las sumas es mayor que la segunda, el excedente le será devuelto al titular de la aportación. En caso que el saldo sea negativo, éste no tendrá que realizar ninguna aportación complementaria.-----

El Artículo 12 contempla especialmente los aportes de quienes obtengan ingresos originados fuera de la relación de dependencia, introduciendo modificaciones a lo dispuesto al respecto por los Artículos 70 y 71 de la Ley N° 18.211. Dichos Artículos disponen que los sujetos

Ministerio de Salud Pública

referidos deberán calcular su contribución tomando como base el mismo monto imponible utilizado para liquidar el Impuesto a las Retribuciones Personales (IRPF) o el Impuesto a las Rentas de las Actividades Económicas (IRAE), según corresponda.-----

Los ajustes propuestos a dicho régimen de aportación, consisten en otorgarle a las contribuciones el carácter de anticipos a cuenta de una liquidación de carácter anual. Esta liquidación anual en base a los montos imposables del IRPF o del IRAE, deberá compararse con la suma del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud de las prestaciones correspondientes al titular del amparo de dicho seguro, a sus hijos menores o mayores con discapacidad y a su cónyuge o concubino a quienes conceda el mismo amparo, si los anticipos por contribuciones resultaran mayores que la primera de las sumas, el excedente le será devuelto a los contribuyentes individuales, si los anticipos fueran menores, la diferencia no dará lugar al pago de saldo.--

Asimismo, en el Artículo 70° de la Ley N° 18.211 se introducen modificaciones con la finalidad de definir la forma de aportación, en aquellos casos en que un sujeto obtiene ingresos por prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, conjuntamente con ingresos de otra naturaleza.-----

Otro de los aspectos fundamentales que genera dudas en el régimen de aportación, es la falta de claridad de la norma vigente en lo que refiere a los ingresos obtenidos por la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia a través de formas asociativas, entre otras modalidades a través de sociedades comerciales comprendidas en la Ley N° 16.060 de 4 de setiembre de 1989, de sociedades civiles o de sociedades de hecho con objeto civil.-----

Para determinar el alcance de la aportación cuando se utilizan formas asociativas, se propone agregar un inciso a dicho artículo 70 para determinar que solamente quedan comprendidos en el régimen los ingresos correspondientes a prestaciones de servicios personales, obtenidos a través de las entidades que se encuentran en régimen de atribución de rentas en sede del Impuesto a las Rentas de las Personas Físicas (IRPF). Estas entidades, entre las cuales se encuentran las sociedades civiles, las sociedades de hecho con objeto civil y otras con o sin personería jurídica, aplicarán un régimen de transparencia fiscal, mediante el cual atribuyen sus ingresos directamente a sus integrantes y son éstos los que deben liquidar el IRPF. Alternativamente, estas entidades pueden optar por liquidar el IRAE, en cuyo caso no efectúan la atribución de ingresos.-----

La presente Ley dispone que si las entidades referidas se encuentran en régimen de atribución plena de ingresos a sus integrantes para la liquidación del IRPF, también deberán atribuir ingresos para que esos integrantes liquiden individualmente el aporte al Fondo Nacional de Salud. Si la entidad hubiera optado por liquidar por sí el IRAE, deberá atribuir a sus integrantes la cuota correspondiente sobre la renta neta fiscal gravada.-----

En el inciso cuarto del Artículo 70, se aclara que los prestadores de servicios personales solamente aplicarán la tasa de aportación al Fondo Nacional de Salud, correspondiente a los trabajadores, quedando fuera del régimen de aportación la tasa correspondiente al aporte patronal básico. Este ajuste se vincula con la definición de los prestadores de servicios personales como trabajadores independientes.-

El Artículo 71 de la Ley N° 18.211 regula el régimen de aportación al Fondo Nacional de Salud de las empresas unipersonales que no

Ministerio de Salud Pública

tengan más de un trabajador dependiente. En el inciso segundo del referido Artículo la norma dispone el tránsito al nuevo régimen para las empresas unipersonales que presten “solamente” servicios personales fuera de la relación de dependencia. La utilización del término “solamente” presenta un problema en la medida que no queda rigurosamente determinado el régimen al cual quedan sometidas aquellas empresas unipersonales que obtienen ingresos por la prestación de servicios personales, y además obtienen ingresos generados por otras actividades.-----

Para solucionar este inconveniente, se introducen modificaciones al segundo inciso del Artículo 71, disponiendo que si la empresa unipersonal combina la obtención de ingresos provenientes de la prestación de servicios personales conjuntamente con otros ingresos, deberá aportar en cada régimen según corresponda a cada tipo de ingreso.-----

También introduce una modificación al inciso primero del Artículo 71 de la Ley N° 18.211, a los efectos de extender el derecho al Seguro Nacional de Salud a los propietarios de empresas unipersonales con actividades comprendidas en el Decreto-Ley N° 14.407 de 22 de julio de 1975, que tengan hasta cinco trabajadores subordinados.-----

Por razones de buena administración se dispone que el nuevo régimen de aportación entre en vigencia a partir del 1° de julio de 2011, en razón de lo cual se modifican las fechas establecidas por los referidos Artículos 70 y 71.-----

Es intención del Poder Ejecutivo que la Dirección General Impositiva colabore en la recaudación y fiscalización del tributo, en particular en lo referente a las contribuciones a cargo de los prestadores de servicios personales fuera de la relación de dependencia. A tales

efectos se propone agregar un inciso al Artículo 57 de la Ley N° 18.211, de manera de facultar al Poder Ejecutivo a disponer que dicha Oficina ejecute la colaboración mencionada.-----

Por último, el Artículo 16 de esta Ley viene a reparar una omisión del inciso quinto del Artículo 61 de la Ley N° 18.211, por cuanto el mismo no determina la tasa de aportación habilitante de la extensión del amparo del Seguro Nacional de Salud a cónyuges o concubinos de unipersonales rurales allí comprendidos. A tal efecto, se establece dicha tasa, manteniendo los criterios de aportación vigentes para este colectivo.-----

CAPITULO III. MODIFICACIONES AL REGIMEN DE CAJAS DE AUXILIO O SEGUROS CONVENCIONALES DE ENFERMEDAD

De acuerdo a lo dispuesto por el Artículo 69 de la ley N° 18.211, los trabajadores comprendidos en el régimen de Cajas de Auxilio o seguros convencionales de enfermedad que funcionan al amparo de lo previsto en los Artículos 41 a 48 del Decreto – Ley N° 14.407, se incorporarán al Seguro Nacional de Salud no más allá del 1° de enero de 2011.-----

Así, un importante núcleo dentro de esos colectivos, como lo son los trabajadores que prestan servicios para múltiples instituciones financieras, pasaron a estar amparados por el Seguro Nacional de Salud a partir del 1° de enero de 2010, según lo dispuso el Decreto N° 830/008 de 31 de diciembre de 2008, dictado al amparo de lo previsto por el Artículo 76 de la Ley N° 18.211.-----

Contemplando las inquietudes de las personas amparadas por cajas de auxilio o seguros convencionales -centradas en el destino de

Ministerio de Salud Pública

los activos acumulados por las mismas, la conservación de las prestaciones complementarias, incluido el complemento del subsidio por enfermedad y la cobertura de los jubilados amparados por dichas cajas- se evaluó conveniente consagrar un dispositivo legal que habilite a las existentes a continuar brindando prestaciones no incluidas entre las que están a cargo del Seguro Nacional de Salud.-----

De este modo, al tiempo que los colectivos cubiertos por dichas cajas son incorporados al régimen solidario de carácter nacional en materia sanitaria, se permite que estas experiencias participativas de larga data a nivel de empresa o rama de actividad, continúen sirviendo otros beneficios vinculados a la salud y a la seguridad social de los trabajadores que amparan.-----

La oportunidad es propicia, además, para actualizar la normativa concerniente a la constitución y regulación de los seguros convencionales en general. En efecto, las disposiciones de rango legal que abordan esta temática datan del período dictatorial, durante el cual no era posible la indispensable negociación colectiva en que han de generarse estas experiencias.-----

En consecuencia, se sustituye el Capítulo X del Decreto – Ley N° 14.407 por las nuevas normas desarrolladas en este Capítulo. Así se dispone que la constitución de seguros convencionales será acordada por los sujetos indicados en el Artículo 14 de la Ley de Negociación Colectiva (N° 18.566 de 11 de setiembre de 2009), a la vez que se circunscribe el nuevo objeto de dichos seguros a prestaciones ajenas al Seguro Nacional de Salud.-----

A las Cajas de Auxilio ya existentes, se les concede un plazo razonable para adecuar sus estatutos al objeto más acotado que

tendrán en el futuro y para acreditar su viabilidad dentro de este nuevo marco.-----

Para contribuir a esto último, el primer paso fue promover un incremento del subsidio por enfermedad, llevando gradualmente su tope a 8 BPC (bases de prestaciones y contribuciones) para la totalidad de los trabajadores, propuesta que se encuentra en trámite parlamentario. Esta medida disminuirá el peso económico para las cajas de auxilio respecto a complementar el subsidio por enfermedad hasta el 100% (cien por ciento).-----

Por otra parte, en esta ley se establece para dichas cajas de auxilio un régimen de transición, que supone un aporte del Fondo Nacional de Salud a través de una gradualidad en los aportes que tiene derecho a percibir de los beneficiarios de las mismas, de modo de permitir que durante los primeros cuatro años contados a partir de la vigencia del nuevo régimen puedan capitalizarse para quedar en condiciones de continuar atendiendo las prestaciones complementarias a que se acotará su objeto.-----

Los Artículos 17 a 22 recogen el diseño de las nuevas cajas de auxilio o seguros convencionales –términos que a los efectos de esta ley se declaran equivalentes- las que, a diferencia de las actuales, tendrán la naturaleza de seguros complementarios.-----

El Artículo 24 determina la gradualidad de los aportes personales que supone una distribución de los mismos entre el Fondo Nacional de Salud y las respectivas cajas, que culmina el 1º de enero de 2015, cuando la totalidad de dichos aportes será vertida al primero.-----

El Artículo 25 habilita la incorporación al Seguro Nacional de Salud, de los jubilados hoy amparados por seguros convencionales existentes, a fin de asegurarles continuidad en la cobertura integral de

Ministerio de Salud Pública

salud, sin perjuicio de que mantengan a título complementario su afiliación a las cajas de auxilio modificadas. En este caso, la totalidad de los aportes que correspondan por aplicación de los Artículos 61 y 66 de la Ley N°18.211 serán vertidos íntegramente al Fondo Nacional de Salud desde la incorporación.-----

En caso de disolución, tanto de las Cajas de Auxilio actuales transformadas en los términos de esta ley, como de las que se creen bajo su régimen, los recursos con que cuenten en ese momento deberán ser vertidos al Fondo Nacional de Salud, como lo dispone el Artículo 28.

A todos esos seguros convencionales también se les garantizan los beneficios que concede el literal R del Artículo 52 del Título 4 del Texto Ordenado 1996, mediante su inclusión expresa en el mismo.-----

CAPITULO IV. CONTINUIDAD DEL AMPARO DE MENORES Y MAYORES CON DISCAPACIDAD

Como lo determina el Artículo 64 de la Ley N° 18.211, los adultos beneficiarios del Seguro Nacional de Salud conceden el mismo amparo a sus hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad.-

En caso de que dichos generantes dejen de contar con dicho amparo a consecuencia de la pérdida de la actividad laboral que se les concedía o por el término de los beneficios de subsidio por inactividad compensada, los menores o mayores con discapacidad a su cargo corren la misma suerte.-----

Teniendo en cuenta que la atención integral de salud de la infancia y de la adolescencia son prioritarias para la reforma de salud, el Artículo 30 de esta Ley garantiza para los integrantes de estos colectivos que se encuentren en la situación antedicha, el

mantenimiento de la cobertura del Seguro Nacional de Salud por doce meses, con la sola condición de que el período de aportación que concedió el derecho no sea inferior a un año.-----

CAPITULO V. DISPOSICIONES TRANSITORIAS

El Artículo 31 consagra la sustitución del régimen de Cajas de Auxilio o seguros convencionales vigente, a través de la derogación de los Artículos pertinentes del Decreto-Ley N° 14.407.-----

Por último, se compete al Poder Ejecutivo la reglamentación de esta Ley, a los efectos de facilitar su operatividad.-----

Ministerio de Salud Pública

CAPITULO I. INGRESO DE JUBILADOS Y PENSIONISTAS

Artículo 1°.- Quedarán incorporados al Seguro Nacional de Salud los jubilados y pensionistas no amparados por el mismo a la fecha de entrada en vigencia de la presente Ley, con excepción de aquellos a que refiere el Artículo 63 de la Ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007 y de los retirados y pensionistas de los Servicios de Retiros y Pensiones de las Fuerzas Armadas y de la Dirección Nacional de Asistencia Social Policial.-----

La incorporación de las personas a que refiere el inciso anterior se realizará en las siguientes fechas y condiciones:-----

1. Tratándose de jubilados y pensionistas que al 1° de diciembre de 2010 no cuenten con cobertura integral de salud brindada por un prestador privado del Sistema Nacional Integrado de Salud, se tomarán en cuenta el nivel de ingresos correspondientes a las jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares y la edad a la fecha de entrada en vigencia de la presente Ley, de acuerdo al siguiente cronograma.-----
 - a. A partir del 1° de julio de 2012 se incorporarán los jubilados y pensionistas mayores de 74 años, cuyo ingreso total por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 3 BPC (tres bases de prestaciones y contribuciones) mensuales.-----

- b. A partir del 1° de julio de 2013 se incorporarán los jubilados y pensionistas mayores de 70 años, cuyo ingreso total por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 4 BPC (cuatro bases de prestaciones y contribuciones) mensuales.-----
 - c. A partir del 1° de julio de 2014 se incorporarán los jubilados y pensionistas mayores de 65 años, cuyo ingreso total por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 5 BPC (cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales.-----
 - d. A partir del 1° de julio de 2015 se incorporarán los jubilados y pensionistas mayores de 60 años, cuyo ingreso total por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 10 BPC (diez bases de prestaciones y contribuciones) mensuales.-----
 - e. A partir del 1° de julio de 2016 se incorporarán los jubilados y pensionistas que no hayan quedado comprendidos en los literales anteriores.-----
- 2) La incorporación de aquellos jubilados y pensionistas que al 1° de diciembre de 2010 cuenten con cobertura integral de salud brindada por un prestador privado del Sistema Nacional Integrado de Salud, se realizará en todos los casos a partir del 1° de julio de 2012.-----

Ministerio de Salud Pública

3) Los jubilados por incapacidad total cuyos ingresos totales por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 4 BPC (cuatro bases de prestaciones y contribuciones) mensuales, se incorporarán a partir del 1° de julio de 2011.-----

Artículo 2°.- Los cónyuges o concubinos a cargo de los jubilados y pensionistas amparados por el Seguro Nacional de Salud a que refiere el Artículo 1° de la presente Ley, se incorporarán a dicho seguro a partir del 1° de julio de 2016.-----

Artículo 3°.- Los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud de acuerdo con lo previsto en el Numeral 1) del Artículo 1° de la presente Ley, realizarán los aportes al Fondo Nacional de Salud sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los Artículos 61 y 66 de la Ley N° 18.211.-----

Los aportes al Fondo Nacional de Salud que deberán realizar los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud de acuerdo a lo previsto en el numeral 2) del Artículo 1° de la presente Ley, se determinarán teniendo en cuenta el valor promedio de las cuotas de afiliación individual vigentes para las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y el monto que resulte de aplicar sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad, similares lo previsto en los Artículos 61

y 66 de la Ley N° 18.211, de acuerdo al siguiente cronograma:-----

A partir del 1° de julio de 2012 el valor promedio de las cuotas de afiliación individual, deducido un 20% (veinte por ciento) de la diferencia entre dicho valor y los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los Artículos 61 y 66 de la Ley N° 18.211.-----

A partir del 1° de julio de 2013 el valor promedio de las cuotas de afiliación individual, deducido un 40% (cuarenta por ciento) de la diferencia entre dicho valor y los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los Artículos 61 y 66 de la Ley N° 18.211.-----

A partir del 1° de julio de 2014 el valor promedio de las cuotas de afiliación individual, deducido un 60% (sesenta por ciento) de la diferencia entre dicho valor y los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los Artículos 61 y 66 de la Ley N° 18.211.-----

A partir del 1° de julio de 2015 el valor promedio de las cuotas de afiliación individual, deducido un 80% (ochenta por ciento) de la diferencia entre dicho valor y los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad

Ministerio de Salud Pública

similares, determinados en los Artículos 61 y 66 de la Ley N° 18.211.-----

A partir del 1° de julio de 2016 los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los Artículos 61 y 66 de la Ley N° 18.211.-----

En caso que el valor de los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares determinados en los Artículos 61 y 66 de la Ley N° 18.211 fuese mayor al valor promedio de la cuota de afiliación individual, el aporte a realizar a partir del 1° de julio de 2012 será el mencionado en primer término.-----

Los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud de acuerdo a lo previsto en el Numeral 2 del Artículo 1° de la presente Ley, podrán optar en cualquier momento por renunciar a la cobertura de dicho seguro, dejando de realizar los aportes previstos en el presente artículo. En tal caso, dichas personas se reincorporarán obligatoriamente al mismo a partir del 1° de julio de 2016.-----

Todos los jubilados y pensionistas que a la fecha de entrada en vigencia de la presente Ley cuenten con cobertura del Seguro Nacional de Salud, deberán realizar los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones y pensiones, determinados en los Artículos 61 y 66 de la Ley N° 18.211.-----

Al 31 de diciembre de cada año, se deberá comparar la suma del costo promedio equivalente para el

Seguro Nacional de Salud a que refiere el inciso tercero del Artículo 55 de la Ley N° 18.211 en la redacción dada por el Artículo 7 de la presente Ley, correspondiente al beneficiario de dicho seguro, sus hijos y su cónyuge o concubino a quienes conceda el mismo amparo, incrementada en un 25% (veinticinco por ciento), con los aportes personales al Fondo Nacional de Salud realizados en el año civil. En caso que dichos aportes sean superiores, el excedente será devuelto a los contribuyentes en las condiciones que determine el Poder Ejecutivo, el que podrá establecer regímenes especiales cuando los cónyuges o concubinos sean simultáneamente contribuyentes al Fondo Nacional de Salud.-----

Artículo 4°.-

Por los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud de acuerdo a lo previsto en el Numeral 1 del Artículo 1° de la presente Ley, el Banco de Previsión Social de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud, abonará mensualmente al prestador en cuyos registro de usuarios esté inscripto el beneficiario un 80% (ochenta por ciento) del valor de la cuota salud correspondiente determinada de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 55 de la Ley N° 18.211, excluido el componente metas asistenciales, durante el primer año a contar desde la fecha de incorporación, un 90% (noventa por ciento) de dicho valor durante el segundo año y el 100% (cien por ciento) a partir del tercer año. A dicho monto se

Ministerio de Salud Pública

adicionará el 100% (cien por ciento) del componente metas asistenciales que correspondan, sin perjuicio del prorrateo por nivel de cumplimiento de las mismas.-----

Por los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud de acuerdo a lo previsto en el Numeral 2 del Artículo 1º de la presente Ley, el Banco de Previsión Social de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud, abonará mensualmente a los respectivos prestadores una cuota que tendrá en cuenta el valor promedio de las cuotas de afiliación individual de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y la cuota salud prevista en el Artículo 55 de la Ley Nº 18.211, según el siguiente cronograma:-----

A partir del 1º de julio de 2012, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 20% (veinte por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual.-----

A partir del 1º de julio de 2013, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 40% (cuarenta por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual.-----

A partir del 1º de julio de 2014, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 60% (sesenta por ciento) de la diferencia que exista

entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual.-----

A partir del 1° de julio de 2015, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 80% (ochenta por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual.-----

A partir del 1° de julio de 2016, el valor de la cuota salud que corresponda.-----

Artículo 5°.-

Los jubilados y pensionistas a que refiere el Artículo primero de la presente Ley, que opten por registrarse en un seguro integral de los que integran el Seguro Nacional de Salud según lo dispuesto en el Artículo 22 de la Ley N° 18.211, realizarán en todos los casos los aportes al Fondo Nacional de Salud determinados por los Artículos 61 y 66 de esa Ley.-----

En ningún caso la Administración del Fondo Nacional de Salud pagará a los seguros integrales un monto superior al del aporte del contribuyente, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 22 de la Ley N° 18.211 y la reglamentación aplicable.-----

Artículo 6°.-

El valor promedio de las cuotas de afiliación individual vigentes para las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva se calculará para el mes de diciembre de 2010 y se reajustará en las mismas oportunidades y porcentajes de aumento que determine el Poder Ejecutivo para las cuotas de afiliación individual.-----

Ministerio de Salud Pública

Artículo 7°.-

Los jubilados y pensionistas a que refiere el Artículo 1° de la presente Ley que se incorporen al Seguro Nacional de Salud a partir del 1° de julio de 2011 sólo podrán estar registrados como usuarios en un prestador que haya suscrito con la Junta Nacional de Salud, creada por el Artículo 23 de la Ley N° 18.211, un anexo al contrato de gestión vigente que contemple las modalidades de su incorporación al seguro en los términos previstos en la presente Ley.---

Artículo 8°.-

Los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud a que refiere el Numeral 1 del Artículo 1° de la presente Ley, podrán elegir el prestador de su preferencia entre aquellos que hayan firmado el anexo del contrato de gestión al que refiere el Artículo anterior de la presente Ley, de conformidad con la reglamentación aplicable. Una vez que el registro en el prestador elegido haya quedado firme, deberán permanecer en el mismo por 5 (cinco años).-----

Los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud a que refiere el Numeral 2 del Artículo 1° de la presente Ley, deberán permanecer en el prestador en el que estuvieran registrados, por 5 (cinco) años, a contar desde el 1° de julio de 2012. En el caso que dicho prestador no hubiere firmado el anexo del contrato de gestión al que refiere el Artículo anterior de la presente Ley, deberán trasladar su registro de usuario a otro prestador que si lo haya firmado. En este caso, el Banco de Previsión Social de conformidad con las órdenes de pago que emita la

Junta Nacional de Salud, abonará mensualmente al prestador en cuyo registro el usuario esté inscripto de acuerdo a lo previsto en el inciso primero del Artículo 4° de la presente Ley.-----

CAPITULO II. AJUSTES EN EL REGIMEN DE CONTRIBUCIONES AL FONDO NACIONAL DE SALUD

Artículo 9°.- Sustituyese el Artículo 55 de la Ley N° 18.211 por el siguiente:-----

“Artículo 55.- Las prestaciones que, conforme a la presente Ley y su reglamentación, deben brindar obligatoriamente a los usuarios incorporados al Seguro Nacional de Salud los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, darán derecho a éstos al cobro de cuota salud según el número de personas inscriptas en sus padrones.-----

La cuota salud, cuyo valor será igual para prestadores públicos y privados, será fijada por el Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud Pública, oyendo a la Junta Nacional de Salud. Dicha cuota tendrá en cuenta costos diferenciales según grupos poblacionales determinados y cumplimiento de metas asistenciales.-----

El Poder Ejecutivo también determinará el costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud de las prestaciones de salud durante toda la

Ministerio de Salud Pública

vida de sus beneficiarios, teniendo en cuenta las cuotas salud definidas en el inciso anterior, las expectativas de vida de la población, las cuotas del Fondo Nacional de Recursos y el costo de administración de dicho seguro.-----

La cuota salud y el costo promedio equivalente se actualizarán con la periodicidad que determinen las autoridades competentes, tomando en consideración costos asociados a sus componentes e incorporación de nuevos programas de atención a la salud.-----

El ajuste del monto de la cuota salud, la incorporación de nuevas prestaciones y la reducción de las tasas moderadoras, se efectuará teniendo en cuenta la existencia de economías derivadas de mejoras en la eficiencia del sistema y de la incorporación de nuevos usuarios a los padrones de los prestadores.”-----

Artículo 10°.- Agregase al Artículo 57 de la Ley N° 18.211, el siguiente inciso:-----

“Sin perjuicio de lo dispuesto precedentemente, en los casos que lo determine el Poder Ejecutivo, la Dirección General Impositiva colaborará en la recaudación y fiscalización de los aportes al Fondo Nacional de Salud.”-----

Artículo 11°.- Agréganse al Artículo 61 de la Ley N° 18.211, los siguientes incisos:-----

“Al 31 de diciembre de cada año, se deberá comparar la suma del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud a que refiere el inciso

tercero del Artículo 55 de la presente Ley, correspondiente al beneficiario de dicho seguro, sus hijos y su cónyuge o concubino a quienes conceda el mismo amparo, incrementada en un 25% (veinticinco por ciento), con los aportes personales al Fondo Nacional de Salud realizados en el año civil. En caso que dichos aportes sean superiores, el excedente será devuelto a los contribuyentes en las condiciones que determine el Poder Ejecutivo, el que podrá establecer regímenes especiales cuando los cónyuges o concubinos sean simultáneamente contribuyentes al Fondo Nacional de Salud. En el marco de convenios colectivos suscritos de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 18.566 de 11 de setiembre de 2009, los contribuyentes podrán destinar dicho excedente, en forma total o parcial, al financiamiento de las cajas de auxilio o seguros convencionales, en los términos previstos en dicho convenio.-----

Las contribuciones personales al Fondo Nacional de Salud realizadas por los propietarios de empresas unipersonales comprendidas en el Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, se adicionarán a los aportes personales a los efectos de lo dispuesto en el inciso anterior.-----

Lo dispuesto en los dos incisos anteriores del presente Artículo regirá a partir del 1° de enero de 2011.”-----

Artículo 12°.-

Sustituyese el Artículo 70 de la Ley N° 18.211, por el siguiente:-----

Ministerio de Salud Pública

“Artículo 70.- Quienes obtengan ingresos originados en la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, realizarán los aportes al Fondo Nacional de Salud aplicando la tasa que corresponda a la diferencia entre el total de los ingresos originados en dichos servicios y el porcentaje a que refiere el Artículo 34 del Título 7 del Texto Ordenado 1996.-----

En caso que los sujetos a que refiere el inciso anterior se hallen incluidos en el Impuesto a las Rentas de las Actividades Económicas (IRAE), las referidas alícuotas se aplicarán sobre la base imponible de dicho tributo. Para quienes obtengan ingresos por prestación de servicios personales conjuntamente con otros ingresos, el monto imponible se determinará en la proporción correspondiente a los ingresos por prestación de servicios personales respecto de los ingresos totales.-----

Cuando la prestación de los servicios referidos se realice a través de entidades comprendidas en el Artículo 7 del Título 7 del Texto Ordenado 1996, los ingresos provenientes de dicha actividad se atribuirán a los socios o integrantes, según las normas o contratos aplicables a cada caso; si la entidad hubiera optado por liquidar el IRAE, la atribución se realizará por la base imponible de dicho tributo de acuerdo a lo dispuesto en el inciso anterior. En caso de no existir prueba fehaciente a juicio de la administración, los ingresos se atribuirán en partes iguales.-----

Los sujetos referidos en el inciso primero realizarán anticipos mensuales a cuenta de los aportes anuales al Fondo Nacional de Salud, aplicando la tasa que corresponda al 70% (setenta por ciento) de los ingresos mensuales gravados.-----

Los sujetos referidos en el inciso segundo del presente artículo realizarán anticipos mensuales a cuenta del aporte anual al Fondo Nacional de Salud. A tales efectos aplicarán a los ingresos mensuales referidos en el inciso primero, la relación derivada de aplicar la alícuota correspondiente al monto imponible, respecto de tales ingresos anuales. Si a la fecha en que debe efectuarse el pago del anticipo no se hubiera obtenido la relación indicada por no haber vencido el plazo de presentación de la correspondiente declaración jurada, deberá calcularse ese anticipo en base a la relación utilizada para el último anticipo del ejercicio anterior.-----

Las contribuciones personales efectuadas al Fondo Nacional de Salud correspondientes a trabajadores dependientes que además se encuentren comprendidos en el presente artículo, se computarán como anticipos a los efectos de lo dispuesto en el inciso siguiente. También se computarán como anticipos las contribuciones personales efectuadas al Fondo Nacional de Salud en carácter de propietarios de empresas unipersonales comprendidas en el Decreto-Ley N° 14.407.-----

Ministerio de Salud Pública

Al cierre del ejercicio fiscal del contribuyente, según corresponda, se deberá comparar la suma del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud, establecido en el inciso tercero del Artículo 55 de la presente Ley, correspondiente al beneficiario de dicho seguro, sus hijos y su cónyuge o concubino a quienes atribuya el mismo amparo, incrementada en un 25% (veinticinco por ciento), con los anticipos realizados en el ejercicio. En caso que la suma de los anticipos sea superior, el excedente será devuelto a los contribuyentes en las condiciones que determine el Poder Ejecutivo, el que podrá establecer regímenes especiales cuando los cónyuges o concubinos sean simultáneamente contribuyentes del Fondo Nacional de Salud.-----

Las alícuotas referidas precedentemente se aplicarán de acuerdo a lo establecido en los Artículos 61 y 66 de la Ley N° 18.211, a excepción de las dispuestas para el aporte patronal básico. Para los sujetos que perciben exclusivamente ingresos por la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, a los anticipos resultantes se les adicionará un complemento hasta la concurrencia con el costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud, establecido en el inciso tercero del Artículo 55 de la referida norma legal.-----

Los sujetos referidos en el presente Artículo, que en el curso del ejercicio fiscal obtengan exclusivamente ingresos por prestación de servicios personales fuera

de la relación de dependencia que no superen las 30 BPC (treinta bases de prestaciones y contribuciones), dejarán de recibir los beneficios del Seguro Nacional de Salud a partir del ejercicio fiscal siguiente. A partir del momento que superen la referida cifra volverán a quedar comprendidos en el Seguro Nacional de Salud, debiendo en tal caso realizar el aporte tomando en consideración los ingresos acumulados desde el inicio del ejercicio.-----

La obligación de aportar al Fondo Nacional de Salud, así como la incorporación de los respectivos usuarios al Seguro Nacional de Salud cuando no fueren beneficiarios del mismo, regirá a partir del 1° de julio de 2011 y se realizará en la forma que determine la reglamentación.”-----

Artículo 13.-

Modificase el Literal D) del Artículo 8 del Decreto – Ley N° 14.407, incorporado por el Artículo 1° del Decreto – Ley N° 15.087 de 9 de diciembre de 1980, en la redacción dada por el Artículo 1° de la Ley N° 15.953 de 6 de junio de 1988, el que quedará redactado de la siguiente manera:-----

“D) Los propietarios de empresas unipersonales con actividades comprendidas en este Decreto – Ley, que no tengan más de cinco trabajadores subordinados y estén al día con sus aportes al sistema de la seguridad social”.-----

Artículo 14°.-

Modificase el Inciso segundo del Artículo 7 de la Ley N° 15.852 de 24 de diciembre de 1986, incorporado por el Artículo 2 de la Ley N° 15.953 de 6 de junio de

Ministerio de Salud Pública

1988, en la redacción dada por el Artículo 4 de la Ley N° 16.883 de 10 de noviembre de 1997, el que quedará redactado de la siguiente manera:-----

“Estarán asimismo en condiciones de percibir el beneficio las empresas unipersonales que empleen no más de cinco trabajadores subordinados”.-----

Artículo 15°.-

Sustituyese el Artículo 71 de la Ley N° 18.211, por el siguiente:-----

“Artículo 71.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, a partir de la vigencia de la presente ley los propietarios de empresas unipersonales con actividades comprendidas en el Decreto-Ley N° 14.407, que no tengan más de un trabajador subordinado y estén al día con sus aportes al sistema de la seguridad social, realizarán solamente los aportes personales y patronales al Fondo Nacional de Salud, aplicando las tasas establecidas en los Artículos 61 y 66 de la presente Ley, sobre un ficto de 6,5 BPC (seis con cinco bases de prestaciones y contribuciones). Del mismo modo, aquellos que no tengan más de cinco trabajadores subordinados y estén al día con sus aportes al sistema de la seguridad social, quedarán incorporados al Seguro Nacional de Salud a partir del 1° de julio de 2011 y realizarán solamente los aportes personales y patronales al Fondo Nacional de Salud, aplicando las tasas establecidas en los Artículos 61 y 66 de la presente ley, sobre un ficto de 6,5 BPC (seis con cinco bases de prestaciones y contribuciones).-----”

Para el caso de los propietarios de empresas unipersonales referidos en el inciso anterior, que presten total o parcialmente servicios personales fuera de la relación de dependencia, el régimen establecido en el presente Artículo regirá hasta el 30 de junio de 2011, por la parte correspondiente a dichos servicios; a partir del 1º de julio de 2011 pasarán a regirse por lo dispuesto en el Artículo 70 de la presente Ley. Por la parte correspondiente a otros ingresos, continuarán rigiéndose por lo dispuesto en el inciso anterior.”-----

Artículo 16º.-

Sustitúyese el Inciso 5º del Artículo 61 de la Ley N° 18.211 por el siguiente:-----

“Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, los unipersonales rurales optantes por la cobertura de salud bonificada de conformidad con la Ley N° 16.883, de 10 de noviembre de 1997, aportarán los siguientes porcentajes del valor de la cuota mutual determinada de acuerdo a lo previsto por el Artículo 337 de la Ley N° 16.320, de 1º de noviembre de 1992:-----

45% (cuarenta y cinco por ciento) si no se encuentran en la situación a que refiere el Artículo 64 de la Ley N° 18.211.-----

60% (sesenta por ciento) si se encuentran en la situación referida en el Literal anterior.-----

20% (veinte por ciento) adicional a los aportes previstos en los Literales a y b, si tienen cónyuge o concubino en condiciones de ingresar al Seguro

Ministerio de Salud Pública

Nacional de Salud de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 66 de la Ley N° 18.211 y su reglamentación.” -----

CAPITULO III. MODIFICACIONES AL REGIMEN DE CAJAS DE AUXILIO O SEGUROS CONVENCIONALES DE ENFERMEDAD

- Artículo 17°.- Podrán constituirse cajas de auxilio o seguros convencionales de enfermedad por convenio colectivo entre los sujetos indicados en el Artículo 14 de la ley N° 18.566, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:-----
- a) el convenio supondrá la creación de una persona jurídica sin finalidad de lucro, cuyo órgano directivo estará investido de todas las facultades y competencias necesarias para el buen funcionamiento de la entidad e integrado, de modo paritario, por representantes de empleadores y trabajadores;-----
 - b) el objeto de dicha persona jurídica será el servicio de prestaciones sanitarias que no brinde el Seguro Nacional de Salud, así como de subsidios por enfermedad o complementos de los subsidios que otorguen los institutos de seguridad social para cubrir esa contingencia;-----
 - c) la financiación del seguro se hará mediante aportes de los empleadores y de los trabajadores, no pudiendo las tasas de aportación de estos últimos superar el 3% (tres por ciento) de sus retribuciones;-----

d) los fondos del seguro se contabilizarán y administrarán con total independencia de la administración de las empresas y de las organizaciones representativas de empleadores y/o trabajadores eventualmente comprendidos.-----

El convenio correspondiente deberá presentarse ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, acompañado de un estudio técnico que demuestre la viabilidad financiera del seguro convencional.-----

Cumplidos los requisitos previstos en el inciso primero del presente artículo y las exigencias formales previstas en la Ley N° 18.566 y de considerarse acreditada la factibilidad a que refiere el inciso anterior, el Poder Ejecutivo, previo informe del Banco de Previsión Social, homologará el convenio y concederá, en el mismo acto, la personería jurídica.---

El convenio, una vez registrado y publicado conforme a lo establecido por el Artículo 16 de la ley N° 18.566, tendrá los efectos previstos en dicha norma.-----

A los efectos de la presente Ley, los términos “cajas de auxilio” y “seguros convencionales de enfermedad” se consideran equivalentes.-----

Artículo 18°.-

La financiación de los gastos totales operativos y prestaciones que sirvan las cajas de auxilio o seguros convencionales de enfermedad, se hará con aportes adicionales personales y patronales, no pudiendo estos últimos ser menores al 50% (cincuenta por ciento) del total aportado, salvo que se acuerden

Ministerio de Salud Pública

porcentajes diferentes de aportes patronales y personales a través de convenio colectivo.-----

El Poder Ejecutivo promoverá la celebración de acuerdos que permitan financiar los gastos aludidos en el párrafo anterior, en el transcurso de un año a partir de la fecha de promulgación de la presente Ley.

Artículo 19°.-

Contra las decisiones ilegales o antiestatutarias dictadas por el órgano de administración de un seguro convencional de enfermedad, procederá el recurso de revocación, el que deberá interponerse dentro del plazo de diez días siguientes al de la notificación de la decisión al interesado.-----

El recurso de revocación deberá ser resuelto dentro del término de treinta días contados desde el siguiente al de la interposición del mismo. Vencido el plazo antedicho sin resolución expresa, se entenderá rechazado el recurso en cuestión, quedando abierta la vía judicial ordinaria.-----

Artículo 20°.-

Cuando el Poder Ejecutivo, por sí o a instancias del Banco de Previsión Social, considere ilegal la gestión o los actos de los seguros convencionales de enfermedad, podrá hacerles las observaciones que crea pertinentes, así como disponer la suspensión de los actos observados.-----

Artículo 21°.-

En caso de ser desatendidas las observaciones a que refiere el Artículo anterior de la presente Ley, o cuando así lo aconseje el Banco de Previsión Social, o el conjunto de los representantes de los empleadores o de los trabajadores en el órgano de administración

del seguro, o el 20 % (veinte por ciento) de los afiliados al mismo, el Poder Ejecutivo podrá disponer la intervención de la caja de auxilio.-----

Dicha intervención podrá ser encomendada al Banco de Previsión Social y sólo se decretará cuando se configure riesgo cierto para el servicio, por grave irregularidad imputable a sus autoridades, no pudiendo extenderse por más de noventa días, prorrogables por otro tanto en caso de necesidad justificada por motivos graves.-----

Artículo 22°.-

La intervención se dispondrá con las siguientes finalidades:-----

a) investigar las causas de los hechos que la motivaron y deslindar las responsabilidades ocurrentes;-----

b) renovar las autoridades naturales de la entidad, de acuerdo con el estatuto acordado en el convenio.-----

Mientras esto último no se produzca, continuarán al frente del seguro convencional las autoridades encargadas de la intervención.-----

Artículo 23°.-

Las cajas de auxilio o seguros convencionales de enfermedad existentes al momento de entrada en vigencia de la presente Ley, cuyos colectivos amparados sean o hayan sido incorporados al Seguro Nacional de Salud en virtud de lo dispuesto en el Artículo 69 de la ley N° 18.211, podrán, a partir de la vigencia de la presente Ley o de la referida incorporación, si ésta aconteciere después, servir aquellas prestaciones que no brinde el Seguro

Ministerio de Salud Pública

Nacional de Salud, subsidios por enfermedad o complementos de subsidios que otorguen los institutos de seguridad social para cubrir esa contingencia, así como toda otra prestación que estén brindando al día de entrada en vigencia de la presente Ley.-----

A tales efectos, dispondrán de un plazo de un año desde la entrada en vigencia de la presente Ley o desde la incorporación de su colectivo al Seguro Nacional de Salud, si esto aconteciere después, para presentar ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social la correspondiente modificación de su convenio o estatuto, acompañada del estudio técnico a que refiere el inciso segundo del Artículo 17 de la presente Ley.-----

Cumplidos los requisitos establecidos en el Inciso primero del Artículo 17° de la presente Ley y las exigencias formales previstas en la Ley N° 18.566 y de considerar acreditada la viabilidad financiera del seguro, el Poder Ejecutivo, previo informe del Banco de Previsión Social, aprobará la modificación estatutaria. En caso contrario, realizará las observaciones correspondientes a ser levantadas por los interesados en un plazo de treinta días. En caso de que el estatuto contraviniera las disposiciones previstas en la presente Ley el Poder Ejecutivo, dispondrá por acto administrativo la cancelación de la personería jurídica del seguro convencional, previo

otorgamiento de las garantías previstas en el Decreto N° 500/991.-----

Artículo 24°.-

Los afiliados a los seguros convencionales de enfermedad a los que refiere el Artículo anterior de la presente Ley, realizarán los correspondientes aportes al Fondo Nacional de Salud, conforme a lo previsto por los Artículos 61 y 66 de la Ley N° 18.211.-----

El aporte patronal se volcará íntegramente al Fondo Nacional de Salud desde el momento de la incorporación al Seguro Nacional de Salud.-----

El aporte personal adicional por cónyuges o concubinos a cargo se volcará íntegramente al Fondo Nacional de Salud desde el momento de la incorporación al Seguro Nacional de Salud.-----

El aporte personal adicional por hijos a cargo se volcará íntegramente al Fondo Nacional de Salud desde el momento de la incorporación al Seguro Nacional de Salud.-----

El aporte personal restante se realizará con la siguiente gradualidad:-----

A partir del 1° de enero de 2012: 1,5% (uno con cinco por ciento) para el Fondo Nacional de Salud y el resto para el seguro convencional.-----

A partir del 1° de enero de 2013: 2,5% (dos con cinco por ciento) para el Fondo Nacional de Salud y el resto para el seguro convencional.-----

A partir del 1° de enero de 2014: 3,5% (tres con cinco por ciento) para el Fondo Nacional de Salud y el resto para el seguro convencional.-----

Ministerio de Salud Pública

A partir del 1° de enero de 2015: toda la aportación para el Fondo Nacional de Salud.-----

Artículo 25°.-

Los jubilados que cuenten con cobertura integral de salud financiada por cajas de auxilio o seguros convencionales existentes a la fecha de entrada en vigencia de la presente Ley, ingresarán al Seguro Nacional de Salud, aportando, sobre el total de haberes jubilatorios, las tasas establecidas por el inciso séptimo del Artículo 61 y por el Artículo 66 de la Ley N° 18.211, según corresponda a la estructura de su núcleo familiar. Los aportes resultantes se volcarán íntegramente al Fondo Nacional de Salud desde su incorporación al Seguro Nacional de Salud.- Esta incorporación no obstará a que continúen amparados por la caja de auxilio o seguro convencional que les brindaba cobertura, en las condiciones que resultan de los Artículos 17 y 23 de la presente Ley.-----

Artículo 26°.-

La obligación de aportar al Fondo Nacional de Salud, así como la incorporación al Seguro Nacional de Salud cuando no fueren beneficiarios del mismo, de los trabajadores y jubilados amparados por Cajas de Auxilio y Seguros Convencionales a que refiere el Inciso 1° del Artículo 69 de la Ley N° 18.211, regirán a partir del 1° de julio de 2011 y se realizarán en la forma que determine la reglamentación.-----

Las personas a que refiere el inciso anterior del presente artículo, aunque ya fueren beneficiarios del Seguro Nacional de Salud, podrán elegir el prestador

de su preferencia de conformidad con lo dispuesto en la reglamentación aplicable.-----

Artículo 27°.-

Los seguros convencionales de enfermedad a que refiere el Artículo 23 de la presente Ley aportarán mensualmente al Banco de Previsión Social una tasa del total de la recaudación que perciban por aportes, en virtud de la actividad de contralor que el mencionado organismo ejerce sobre aquéllos, que tendrá la siguiente gradualidad:-----

A partir del primero de julio de 2011: 0,4% (cero con cuatro por ciento).-----

A partir del primero de enero de 2012: 0,3 % (cero con tres por ciento).-----

A partir del primero de enero de 2013: 0,2% (cero con dos por ciento).-----

A partir del primero de enero de 2014: 0,1% (cero con uno por ciento).-----

A partir del primero de enero de 2015: 0% (cero por ciento).-----

Artículo 28°.-

En caso de disolución de un seguro convencional, los recursos existentes a esa fecha deberán ser vertidos al Fondo Nacional de Salud.-----

Artículo 29°.-

Agrégase al Literal R del Artículo 52 del Título 4 del Texto Ordenado 1996 el siguiente Inciso:-----

“Asimismo quedan comprendidas en el presente literal las cajas de auxilio y seguros convencionales por enfermedad, siempre que sus actividades sean sin fines de lucro.”-----

Ministerio de Salud Pública

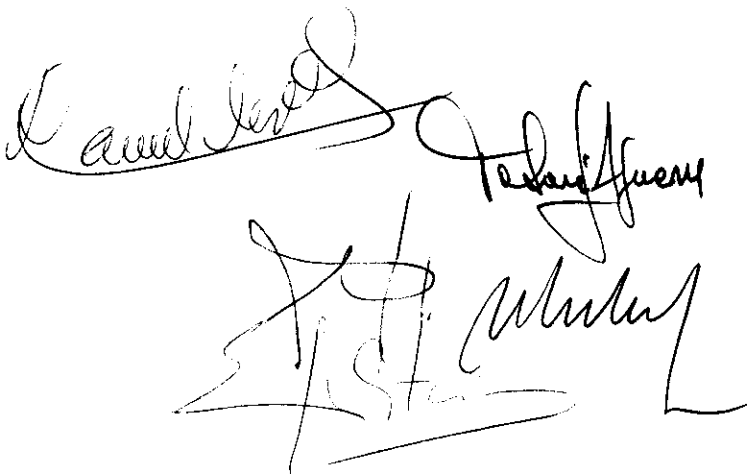
CAPÍTULO IV. CONTINUIDAD DEL AMPARO DE MENORES Y MAYORES CON DISCAPACIDAD

Artículo 30°.- Los menores de 18 (dieciocho) años y los mayores de esa edad con discapacidad a que refiere el Artículo 64 de la N° 18.211 mantendrán el amparo del Seguro Nacional de Salud, aun cuando el aporte al Fondo Nacional de Salud que lo generó haya cesado como consecuencia de la pérdida de actividad del generante o por el término de los beneficios de subsidio por inactividad compensada del mismo.-----
Tal amparo se mantendrá por un periodo de doce meses continuos contados a partir del mes siguiente al del cese de la aportación y en la medida en que el periodo de aportación haya sido no menor a un año, y cesará si el beneficiario obtiene el mismo amparo por sí o a través de otro generante.-----

CAPITULO V. DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 31°.- Deróganse los Artículos 41 a 48 del Decreto – Ley N° 14.407 de 22 de julio de 1975, y demás normas que se opongan a la presente Ley.-----

Artículo 32°.- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente Ley.-----



9/21

9/23

Johns Hopkins

Johns Hopkins

7-27

Johns Hopkins

Johns Hopkins

Johns Hopkins

Johns Hopkins