
DECRETO 2/008
de 08.01.08

Publicado en el Diario Oficial N° 27.403 de 11.01.08

CAPITULO I

TRABAJADORES Y OTROS BENEFICIARIOS ADULTOS

ARTICULO 1.- Los colectivos de trabajadores a que refiere el Artículo 68° de la Ley N° 18.211, se incorporarán al Seguro Nacional de Salud no más allá del primero de marzo de 2008, excepto los Entes de la Enseñanza, que lo harán no más allá del primero de julio de 2008.

El Poder Ejecutivo dispondrá la fecha de efectiva incorporación de estos colectivos, la que surtirá efectos en materia de cobertura de salud y exigencia de aportación al Fondo Nacional de Salud desde el primer día del mes inmediato siguiente.

ARTICULO 2.- En aplicación del inciso segundo del Artículo 69 de la Ley N° 18.211, se extiende el tratamiento a que refiere el inciso primero del mismo Artículo, a los siguientes colectivos:

- a) Trabajadores comprendidos en el convenio colectivo de trabajo de la Industria Tabacalera (AFITC-SAT) de fecha 20 de febrero de 1986, actualizado con fecha 26 de junio de 2005 y homologado y extendido con carácter nacional por Decreto N° 233/005 de 19 de julio de 2005.
- b) Otros que disponga el Poder Ejecutivo, con la intervención de los Ministerios de Economía y Finanzas y de Salud Pública, a partir de que exista resolución firme a su respecto.

En los casos del literal b), la mera solicitud de inclusión de la parte interesada no exime a las empresas y trabajadores involucrados de realizar los aportes obligatorios al Fondo Nacional de Salud que correspondan por su incorporación al Seguro Nacional de Salud a partir del 1° de enero de 2008.

ARTICULO 3.- Los trabajadores públicos y privados incorporados efectivamente al Seguro Nacional de Salud, con retribuciones superiores a 2,5 Bases de Prestaciones Contributivas (BPC), sin hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o concubino a cargo, que pretendan beneficiarse de la aportación bonificada a que refiere el apartado B del inciso 7° del Artículo 61° de la Ley N° 18.211, deberán presentar una declaración en la forma y términos reglamentados por el

Banco de Previsión Social a través de la Resolución de 21 de noviembre de 2007 (R.D. 41-40/2007), la que se considera parte integrante de este Decreto.

Por defecto de presentación de dicha declaración, se considerará que el trabajador se encuentra en la situación prevista en el apartado A de los incisos 7° y 8° del Artículo referido en el inciso anterior.

La declaración falsa sobre los datos requeridos constatada por el Banco de Previsión Social, hará pasible al declarante de las sanciones previstas por el Código Tributario para infracciones tributarias y penales.

ARTICULO 4.- A efectos de lo previsto en el Artículo 61° de la Ley N° 18.211, se considera retribución la materia gravada a que refieren los Artículos 153° y siguientes de la Ley N° 16.713 de 3 de septiembre de 1995 y el Decreto N° 113/996 de 27 de marzo de 1996, así como sus respectivas disposiciones complementarias, concordantes y modificativas.

Sin perjuicio de lo establecido en el inciso anterior, para la determinación del monto imponible respectivo, no se considerarán los topes de cotización previstos para afiliados al Banco de Previsión Social, incluidos en el régimen de ahorro individual obligatorio que prevee la ley N° 16.713 de 3 de septiembre de 1995.

De conformidad con el Artículo 344° de la Ley N° 16.320 de 1 de noviembre de 1992, el sueldo anual complementario no deberá considerarse a efectos de determinar el monto imponible de los aportes patronales al Fondo Nacional de Salud.

Lo expuesto en los incisos precedentes, será de aplicación incluso tratándose de nuevos beneficiarios del Seguro Nacional de Salud que no revistan condición de afiliados activos al Banco de Previsión Social, por su cobertura previsional jubilatoria.

ARTICULO 5.- A los efectos del cálculo del complemento de cuota salud a que refieren los Artículos 337° y siguientes de la Ley N° 16.320 de 1° de noviembre de 1992, en todos los casos se computará solamente el 3% del aporte personal.

ARTICULO 6.- En el caso de los trabajadores de la Industria de la construcción comprendidos en el régimen de aportación unificada (Decreto Ley N° 14.411 de 7 de agosto de 1975), los aportes adicionales a que refieren los literales A y B del inciso 7° del Artículo 61° de la Ley N° 18.211 serán de cargo exclusivo de los trabajadores y les deberán ser retenidos por sus empleadores, ya se trate de Titulares en el caso de obras por administración o Contratistas si se trata de obras por contrato.

ARTICULO 7.- Sin perjuicio de lo establecido en el Artículo 1° del presente Decreto, los trabajadores públicos y privados amparados por el Seguro Nacional de Salud que al 1° de enero de 2008, no cuenten con cobertura integral de salud vigente con cargo al Fondo Nacional de Salud, podrán elegir un prestador entre los que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, registrándose en su padrón de usuarios en un plazo de treinta días contados a

partir de la misma fecha. A tal efecto, presentarán documentación de identidad y facilitarán los demás datos que el prestador les solicite.

Transcurrido dicho plazo, a quienes no hayan elegido prestador el Banco de Previsión Social los registrará provisoriamente en el padrón de usuarios de la Administración de Servicios de Salud del Estado. Este registro quedará firme a los noventa días de realizado.

A quienes ingresen al Seguro Nacional de Salud con posterioridad al 1° de enero de 2008, les serán aplicables las mismas condiciones y plazos establecidos precedentemente a partir de que el empleador comunique al Banco de Previsión Social el alta en la actividad o se defina la fecha de su incorporación, de acuerdo a lo dispuesto en el inciso 2° del Artículo 1° del presente Decreto.

ARTICULO 8.- Quienes fueron incorporados al Fondo Nacional de Salud por la Ley N° 18.131 de 18 de mayo de 2007 y registrados de oficio por el Banco de Previsión Social en el padrón de usuarios de la Administración de Servicios de Salud del Estado, dispondrán de un plazo de ciento veinte días contados a partir del primero de enero de 2008 para trasladar ese registro a otro prestador de los que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud. Si no lo hicieran, transcurrido dicho plazo el primer registro quedará firme.

ARTICULO 9.- Quienes egresen de la actividad por la cual ingresaron al Seguro Nacional de Salud y reingresen a la misma o a otra que les conceda igual derecho en un plazo no mayor a ciento veinte días del cese, serán registrados de oficio por el Banco de Previsión Social en el padrón de usuarios del mismo prestador que tenían con anterioridad, siempre que no se tratara de un seguro integral de salud. Tanto en este caso como si el reingreso o nuevo ingreso laboral se produce después del plazo indicado, podrán elegir a cualquiera de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, registrándose en su padrón de usuarios.

ARTICULO 10.- Los trabajadores públicos y otros dependientes del Estado que al 1° de enero de 2008, resulten amparados por el Seguro Nacional de Salud y cuenten simultáneamente con otra cobertura a cargo del mismo, deberán optar por una de ellas dentro de los noventa días contados a partir de dicha fecha.

Quienes la adquieran posteriormente, dispondrán de igual plazo contado a partir de que revistan la doble condición.

Los que opten por la cobertura adquirida por una actividad pública podrán elegir un nuevo prestador, quedando luego sujetos a lo dispuesto en el inciso 1° del Artículo 13° del presente Decreto.

ARTICULO 11.- Las personas a que refieren los Artículos 61° , 63° y 68° de la Ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007, quedarán habilitadas para elegir prestador, una vez que comuniquen al Banco de Previsión Social su voluntad de incorporarse al Seguro Nacional de Salud.

ARTICULO 12.- Las personas a que refiere el Artículo 62° de la Ley N° 18.211, continuarán amparadas por el Seguro Nacional de Salud y manteniendo su registro en el mismo prestador que tenían en actividad.

Las personas que hayan contratado con alguna de las instituciones previstas en el Artículo 22° de la Ley N° 18.211, podrán elegir otro prestador, debiendo registrarse en su padrón de usuarios. De igual forma, quienes estando registradas en un prestador que integre el Sistema Nacional Integrado de Salud, decidan cambiarse a una de las instituciones previstas en el artículo referido, podrán hacerlo registrándose en su padrón de usuarios.

CAPITULO II

HIJOS DE BENEFICIARIOS

ARTICULO 13.- A los efectos de lo establecido en los Artículos 61°, 62°, 70° y 71° de la Ley N° 18.211 y en función de lo dispuesto por el Artículo 64° de la misma Ley, se entiende que están necesariamente a cargo de sus padres biológicos o adoptivos los menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, independientemente de que integren o no el mismo núcleo familiar e incluso sin que se verifique en los hechos la efectiva contribución económica para su manutención o la colaboración en la misma.

Consecuentemente, toda madre o padre biológico o adoptivo, que revista la condición de beneficiario del Seguro Nacional de Salud y por lo tanto ampare a sus hijos en el mismo, deberá realizar los aportes al Fondo Nacional de Salud previstos en los incisos 7° y 8° del Artículo 61° de la Ley N° 18.211, para personas con "hijos a cargo", sin perjuicio de la existencia de un aporte correlativo del otro padre o madre.

El presente Artículo se aplicará a tutores, curadores y/o titulares de guarda dispuesta judicialmente que sean beneficiarios del Seguro Nacional de Salud

ARTICULO 14.- Los beneficiarios a que refiere el inciso 1° del artículo anterior que integren en su núcleo familiar a hijos de su cónyuge o concubino que sean menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, atribuyen preceptivamente a los mismos el amparo del Seguro Nacional de Salud en los términos del Artículo 64° de la Ley N° 18.211, exclusivamente en caso que los padres biológicos o adoptivos de dichos hijos, o al menos uno de los mismos, carezcan de la condición de beneficiarios - atributarios.

En tal caso, los beneficiarios referidos en el inciso anterior deberán realizar los aportes al Fondo Nacional de Salud previstos en los incisos 7° y 8° del Artículo 61° de la ley 18.211, para personas con "hijos a cargo".

ARTICULO 15.- A los efectos de la aplicación del Artículo 64° de la Ley N° 18.211, la condición de discapacidad será dictaminada por los servicios especializados del Banco de Previsión Social.

ARTICULO 16.- Para la aplicación de lo dispuesto en los Artículos 13° y 14° del presente Decreto, y sin perjuicio de la necesaria condición de beneficiario del Seguro Nacional de Salud, que atribuya amparo en el mismo a hijos

menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad incluyendo los del cónyuge o concubino a cargo, se requerirá que dicho beneficiario se encuentre en la condición a que refieren los apartados A de los incisos 7° y 8° del Artículo 61 de la Ley N° 18.211.

Consecuentemente, los colectivos de trabajadores no incorporados efectivamente al Seguro Nacional de Salud no atribuyen tales derechos, aun en el caso de aquellos que estando incluidos en las previsiones de los incisos 1° y 2° del Artículo 69° de la ley citada, reciban de sus actuales prestadores de atención de salud, exclusivamente su propia cobertura individual no extensiva a su núcleo familiar.

Lo dispuesto en el inciso anterior no obsta a que dichos trabajadores, si se incorporan al Seguro Nacional de Salud por ejercer simultáneamente otra actividad, amparen a sus hijos en el mismo.

ARTICULO 17.- El amparo en el Seguro Nacional de Salud concedido por el Artículo 64° de la Ley N° 18.211 cesará:

- a. A partir del primer día del mes siguiente cuando siendo menor de edad y no configurando discapacidad, el amparado cumpla los 18 años de edad, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del Artículo 64° y en el Artículo 65° de la ley N° 18.211.
- b. Si el amparado ingresa a una actividad laboral que le conceda el mismo derecho, a partir del primer día del mes siguiente al que sea notificada el alta por el empleador al Banco de Previsión social, excepto que dicha actividad no cumpliera con los requisitos establecidos por el inciso 3° del Artículo 62° de la ley N° 18.211.

ARTICULO 18.- Los padres de hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o concubino a su cargo, así como los tutores y curadores respecto de las personas a su cargo, están obligados a registrarlos como beneficiarios del Seguro Nacional de Salud en el padrón de usuarios del prestador que elijan para ellos, presentando la documentación que acredite el vínculo invocado, en caso de que no estén ya registrados en alguno. En este caso, si no desean cambiar de prestador, continuarán en el mismo como beneficiarios del Seguro Nacional de Salud.

Quienes opten por amparar a sus hijos desde los 18 y hasta cumplir los 21 años de edad en el Seguro Nacional de Salud, podrán mantenerlos registrados en el prestador que dichos hijos tenían anteriormente o elegir para ellos otro prestador de los que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud, registrándolos en su padrón de usuarios.

ARTICULO 19.- Los hijos de beneficiarios del Seguro Nacional de Salud quedarán afiliados desde el momento de su nacimiento en el padrón del prestador integrante del Sistema Nacional Integrado de Salud, contratado por la Junta Nacional de Salud donde esté registrada la madre. Los responsables legales del menor podrán afiliarlo en otro prestador integrante de dicho sistema dentro de los 90 días posteriores al nacimiento. Si no lo hicieren, el primer registro quedará firme.

Cuando el recién nacido hubiera perdido la condición de beneficiario del Seguro Nacional de Salud, la cobertura inicial se extenderá como mínimo hasta el último día del segundo mes posterior al del parto.

CAPITULO III

CONCUBINOS A CARGO DE BENEFICIARIOS

ARTICULO 20.- A efectos del Artículo 66° de la Ley N° 18.211, se entiende que están a cargo del beneficiario del Seguro Nacional de Salud su cónyuge o concubino que no integre ninguno de los colectivos incorporados efectivamente al mismo.

ARTICULO 21.- A los efectos de la determinación de los derechos que otorga a los concubinos el Artículo 66° de la Ley N° 18.211 y a sus hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, así como las obligaciones correlativas del beneficiario - tributario y hasta tanto se aprueben disposiciones legales que regulen la unión concubinaria, se aplicarán los criterios y procedimientos que actualmente utiliza el Banco de Previsión Social para otorgar las prestaciones a su cargo.

CAPITULO IV

PRESTADORES

ARTICULO 22.- Se consideran incluidas en el literal b) del Artículo 11° de la Ley N° 18.211 a aquellas instituciones previstas en el Decreto N° 455/001 de 22 de noviembre de 2001, que a la fecha de vigencia de la ley N° 17.930 de 19 de diciembre de 2005 cumplieran acumulativamente los siguiente requisitos:

- a. estuvieran creadas y habilitadas según lo establece el Decreto referido.
- b. revistieran en cualquiera de las tipologías previstas por el mismo Decreto.
- c. brindaran a su población usuaria cobertura integral de salud en forma efectiva.

En tal caso, el Ministerio de Salud Pública procederá a la recategorización correspondiente, previa comprobación de los requisitos establecidos en los literales a, b y c, y siempre que medie petición expresa de la institución de que se trate.

ARTICULO 23.- Las instituciones referidas en el artículo anterior que al 31 de julio de 2008 no cuenten con la correspondiente recategorización otorgada por el Ministerio de Salud Pública, serán excluidas del Seguro Nacional de Salud y como consecuencia se producirá de pleno derecho la caducidad de sus contratos con el Banco de Previsión Social. No obstante, podrán seguir brindando sus servicios en régimen de libre contratación bajo la tipología en la que estaban habilitadas.

ARTICULO 24.- Los seguros integrales que obtengan autorización de creación y habilitación del Ministerio de Salud Pública con posterioridad a la

vigencia del presente Decreto, quedarán excluidos del Seguro Nacional de Salud, a excepción de aquellos que no tengan fines de lucro.

ARTICULO 25.- La elección o asignación de prestador que quede firme por aplicación del presente Decreto no podrá modificarse hasta que el Poder Ejecutivo dicte la reglamentación que le encomienda el Artículo 50° de la Ley N° 18.211.

Quedan exceptuados de lo dispuesto en el inciso precedente los siguientes casos:

- a. Quienes hayan elegido prestadores privados con posterioridad al primero de agosto de 2007, podrán trasladar su registro en cualquier momento a la Administración de Servicios de Salud del Estado.
- b. Las personas que opten por ingresar o egresar a un seguro integral podrán hacerlo en cualquier momento de acuerdo a lo establecido en el Artículo 22° de la Ley N° 18.211, sin perjuicio de las limitaciones impuestas por el Decreto N° 455/001 de 22 de noviembre de 2001. De ocurrir tal extremo, deberán incorporarse obligatoriamente a la institución a la que pertenecían antes de optar por el seguro integral, salvo que no hubieren pertenecido a ninguna o que se encuentre vencido el plazo de permanencia temporal obligatorio fijado por el Ministerio de Salud Pública, en cuyo caso podrán elegir libremente la institución que deseen.

CAPITULO V

CUOTA SALUD

ARTICULO 26.- La cuota salud que pagará el Administrador del Fondo Nacional de Salud a los prestadores por cada uno de los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud, constará de un componente cápita y un componente metas, definidos en el artículo 8 del Decreto 276/007 de 2 de agosto de 2007.

A partir de la vigencia del presente Decreto, la estructura relativa de cápitaa aplicar según tramos de edad y sexo será la siguiente:

EDAD	HOMBRES	MUJERES
< 1	6,52	5,57
1 a 4	1,90	1,79
5 a 14	1,11	1,00
15 a 19	1,08	1,43
20 a 44	1,00	2,12
45 a 64	2,07	2,53

65 a 74	3,99	3,47
> 74	5,26	4,34

Se define como cápita base al valor monetario de la cuota correspondiente al tramo de hombres entre 20 y 44 años. Dicho valor será de \$ 419 y se ajustará en la oportunidad que determine el Poder Ejecutivo en acuerdo con los Ministerios de Salud Pública y de Economía y Finanzas.

El valor del componente metas será de \$45 y se ajustará en la misma oportunidad que la cápita base.

ARTICULO 27.- La cuota salud que deberán pagar los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud que opten por incluir en el mismo a sus hijos desde los 18 y hasta cumplir 21 años de edad de acuerdo a lo dispuesto en el inciso segundo del Artículo 64° de la Ley N° 18.211, se compone de \$ 590 por concepto de cápita calculada en base a los costos diferenciales de este grupo de beneficiarios, más \$ 45 por concepto de metas.

Dicha cuota se ajustará en las mismas fechas y condiciones que las cuotas salud a que refiere el artículo anterior.

A los importes determinados en el inciso primero del presente artículo, los beneficiarios allí referidos deberán adicionar el valor de la cuota correspondiente al Fondo Nacional de Recursos.

ARTICULO 28.- Los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud a que refiere el Artículo anterior, deberán pagar directamente al prestador en cuyo padrón estén registrados sus hijos el valor de la cuota salud y la del Fondo Nacional de Recursos que correspondan. A estos efectos, el prestador actuará como agente de cobro del Fondo Nacional de Salud, efectuando las transferencias de información que correspondan a su administración a efectos de contabilizar los ingresos y egresos de estas partidas en el mismo.

Las partidas que por cada caso correspondan al Fondo Nacional de Recursos serán transferidas por la administración del Fondo Nacional de Salud y descontadas de la facturación mensual del prestador.

Los procedimientos determinados en los incisos precedentes no se aplicarán a los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud que contraten con seguros integrales de salud

ARTICULO 29.- En el caso de los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud que contraten con seguros integrales en los términos del artículo 22 de la Ley 18.211, el Administrador del Fondo Nacional de Salud aplicará los siguientes procedimientos para el pago de las cuotas salud que correspondan:

- a. Si el beneficiario no tiene hijos amparados en el Seguro Nacional de Salud, pagará el importe de la cuota salud correspondiente según el tramo de edad y sexo al cual pertenezca, siempre que la suma de sus aportes personales y patronales supere o iguale la suma del valor de la cuota salud y la correspondiente al Fondo Nacional de Recursos.

Si la suma de aportes es inferior a la suma de las cuotas referidas, pagará el total de los aportes.

- b. Si el beneficiario tiene hijos amparados en el Seguro Nacional de Salud, comparará la suma de los aportes personales y patronales con la suma de cuotas salud y cuotas del Fondo Nacional de Recursos que corresponda pagar por él y sus dependientes, con independencia del prestador elegido.

Si la suma de aportes resulta superior, pagará al seguro integral el importe de cuotas salud que corresponda según tramos de sexo y edad de los beneficiarios.

Si la suma de aportes es inferior, pagará al seguro integral el saldo de los mismos que resulte luego de deducir la suma de cuotas salud y del Fondo Nacional de Recursos que correspondan por los beneficiarios que no contrataron con dicho seguro.

En el caso que el otro padre o madre de los dependientes desee sumar sus aportes, se considerará a su vez la suma de las cuotas salud y al Fondo Nacional de Recursos del mismo y sus propios dependientes amparados por el Seguro Nacional de Salud.

En todos los casos, el Administrador del Fondo Nacional de Salud pagará al Fondo Nacional de Recursos las cuotas que correspondan a los asegurados referidos en el presente artículo, y restará de los totales a pagar al seguro integral el 6% de gastos de administración autorizado por el Artículo 22° de la Ley N° 18.211.

ARTICULO 30.- Se derogan las disposiciones reglamentarias que se opongan a lo dispuesto en el presente Decreto.

ARTICULO 31.- El presente Decreto entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial.
