

Ley Nº 18.731

SEGURO NACIONAL DE SALUD

SE ESTABLECE EL CRONOGRAMA DE INCORPORACIÓN DE LOS JUBILADOS Y PENSIONISTAS QUE TODAVÍA NO GOZAN DE SUS BENEFICIOS

**El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay,
reunidos en Asamblea General,**

DECRETAN:

CAPÍTULO I

INGRESO DE JUBILADOS Y PENSIONISTAS

Artículo 1º.- Incorpóranse 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 Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, de los jubilados del Banco de Previsión Social que hicieran la opción prevista por el artículo 187 de la Ley Nº 16.713, de 3 de setiembre de 1995, 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 1º 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 1º de julio de 2012, se incorporarán los jubilados y pensionistas mayores de 74 años de edad, 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 1º de julio de 2013, se incorporarán los jubilados y pensionistas mayores de 70 años de edad, 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 1º de julio de 2014, se incorporarán los jubilados y pensionistas mayores de 65 años de edad, 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 1º de julio de 2015, se incorporarán los jubilados y pensionistas mayores de 60 años de edad, 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 1º 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 1º 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 1º de julio de 2012.

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 1º de julio de 2011.

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

Artículo 3º.- Los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud de acuerdo con lo previsto en el numeral 1) del artículo 1º 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 Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

Los aportes al Fondo Nacional de Salud que deberán realizar los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud de acuerdo con lo previsto en el numeral 2) del artículo 1º 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, incluyendo las sobrecuotas de gestión y de inversión y la cuota al Fondo Nacional de Recursos y el monto que resulte de aplicar sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad, similares a lo previsto en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, de acuerdo al siguiente cronograma:

- A) A partir del 1º 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 Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.
- B) A partir del 1º 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 Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.
- C) A partir del 1º 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 Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.
- D) A partir del 1º 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 similares, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.
- E) A partir del 1º 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 Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

En caso de 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 Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, fuese mayor al valor promedio de la cuota de afiliación individual, el aporte a realizar a partir del 1º de julio de 2012, será el mencionado en el literal A).

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, 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 1º 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 Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

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 tercer inciso del artículo 55 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, en la redacción dada por el artículo 9º 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 4º.- Por los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud de acuerdo a lo previsto en el numeral 1) 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 al prestador en cuyos registros 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 Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, en la redacción dada por el artículo 9º de la presente ley, 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 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, de 5 de diciembre de 2007, en la redacción dada por el artículo 9º de la presente ley, según el siguiente cronograma:

A) 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.

B) 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.

C) 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.

D) A partir del 1º 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.

E) A partir del 1º de julio de 2016, el valor de la cuota salud que corresponda.

Artículo 5º.- Los jubilados y pensionistas a que refiere el artículo 1º 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 Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, 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 Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, y la reglamentación aplicable.

Artículo 6º.- 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.

Artículo 7º.- Los jubilados y pensionistas a que refiere el artículo 1º de la presente ley que se incorporen al Seguro Nacional de Salud a partir del 1º 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 Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, 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 8º.- Los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud a que refiere el numeral 1) del artículo 1º 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 7º 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 años.

Los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud a que refiere el numeral 2) del artículo 1º de la presente ley, deberán permanecer en el prestador en el que

estuvieran registrados, por 5 años, a contar desde el 1º de julio de 2012. En el caso que dicho prestador no hubiere firmado el anexo del contrato de gestión al que refiere el artículo 7º de la presente ley, deberán trasladar su registro de usuario a otro prestador que sí 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 4º de la presente ley.

CAPÍTULO II

AJUSTES EN EL RÉGIMEN DE CONTRIBUCIONES AL FONDO NACIONAL DE SALUD

Artículo 9º.- Sustitúyese el artículo 55 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, 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 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.- Agrégase al artículo 57 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, 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 Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, 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 Nº 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 Nº 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 1º de enero de 2011”.

Artículo 12.- Sustitúyese el artículo 70 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, por el siguiente:

“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 primer inciso 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 Nº 14.407, de 22 de julio de 1975.

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 presente ley, 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 presente ley.

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 1º de julio de 2011, y se realizará en la forma que determine la reglamentación”.

Artículo 13.- Modifícase el literal D) del artículo 8º del Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, incorporado por el artículo 1º del Decreto-Ley Nº 15.087, de 9 de diciembre de 1980, en la redacción dada por el artículo 1º de la Ley Nº 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 5 trabajadores subordinados y estén al día con sus aportes al sistema de la seguridad social”.

Artículo 14.- Modifícase el inciso segundo del artículo 7º de la Ley Nº 15.852, de 24 de diciembre de 1986, incorporado por el artículo 2º de la Ley Nº 15.953, de 6 de junio de 1988, en la redacción dada por el artículo 4º de la Ley Nº 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 5 trabajadores subordinados”.

Artículo 15.- Sustitúyese el artículo 71 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, 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 Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, 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 5 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 1º 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 16.- Sustitúyese el inciso quinto del artículo 61 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, 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 Nº 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 Nº 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 presente ley.

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 Nacional de Salud de conformidad con lo dispuesto por el artículo 66 de la presente ley y su reglamentación”.

CAPÍTULO III

MODIFICACIONES AL RÉGIMEN DE CAJAS DE AUXILIO

O SEGUROS CONVENCIONALES DE ENFERMEDAD

Artículo 17.- Modifícase el artículo 41 del Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, que quedará redactado como sigue:

“ARTÍCULO 41.- Podrán constituirse cajas de auxilio o seguros convencionales de enfermedad por convenio colectivo entre los sujetos indicados en el artículo 14 de la Ley Nº 18.566, de 11 de setiembre de 2009, 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 primer inciso del presente artículo y las exigencias formales previstas en la

Ley Nº 18.566, de 11 de setiembre de 2009, 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 Poder Ejecutivo podrá autorizar, a solicitud de la Caja de Auxilio interesada, que se incorporen como afiliados en el régimen previsto por este artículo a los funcionarios de ésta.

El convenio, una vez registrado y publicado conforme a lo establecido por el artículo 16 de la Ley Nº 18.566, de 11 de setiembre de 2009, 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.

Los trabajadores beneficiarios de las cajas de auxilio podrán establecer, por mayoría de dos tercios de los integrantes de éstas, con carácter general y obligatorio, un mayor aporte personal porcentual al previsto en el literal C) del artículo 41 del Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, en la redacción dada por el artículo 17 de la presente ley.

El Poder Ejecutivo promoverá la celebración de acuerdos que permitan financiar los gastos aludidos en el inciso primero del presente artículo, 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, 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.- Modifícase el artículo 48 del Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, que quedará redactado como sigue:

“ARTÍCULO 48.- 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 Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, 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 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 41 del Decreto-Ley

Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, en la redacción dada por el artículo 17 de la presente ley.

Cumplidos los requisitos establecidos en el inciso primero del artículo 41 del Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, en la redacción dada por el artículo 17 de la presente ley y las exigencias formales previstas en la Ley Nº 18.566, de 11 de setiembre de 2009, y de considerarse 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 Nº 500/991, de 27 de setiembre de 1991.

Artículo 24.- Los afiliados a los seguros convencionales de enfermedad a los que refiere el artículo anterior, realizarán los correspondientes aportes al Fondo Nacional de Salud, conforme a lo previsto por los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

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) A partir del 1º de enero de 2012: 1,5% (uno con cinco por ciento) para el Fondo Nacional de Salud y el resto para el seguro convencional.
- B) A partir del 1º de enero de 2013: 2,5% (dos con cinco por ciento) para el Fondo Nacional de Salud y el resto para el seguro convencional.
- C) A partir del 1º de enero de 2014: 3,5% (tres con cinco por ciento) para el Fondo Nacional de Salud y el resto para el seguro convencional.
- D) A partir del 1º 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 Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, 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 del artículo 41 del Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, en la redacción dada por el artículo 17 de la presente ley, y del artículo 23 de esta 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 primer inciso del artículo 69 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, regirán a partir del 1º de julio de 2011, y se realizarán en la forma que determine la reglamentación.

Las personas a que refiere el inciso anterior, 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) A partir del 1º de julio de 2011: 0,4% (cero con cuatro por ciento).

B) A partir del 1º de enero de 2012: 0,3% (cero con tres por ciento).

C) A partir del 1º de enero de 2013: 0,2% (cero con dos por ciento).

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

E) A partir del 1º 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”.

CAPÍTULO IV

CONTINUIDAD DEL AMPARO DE MENORES Y MAYORES CON DISCAPACIDAD

Artículo 30.- Los menores de 18 años de edad y los mayores de esa edad con discapacidad a que refiere el artículo 64 de Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, 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 período de doce meses continuos contados a partir del mes siguiente al del cese de la aportación y en la medida en que el período 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.

CAPÍTULO V

DISPOSICIÓN FINAL Y DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 31.- Las remisiones realizadas en el Impuesto a las Rentas de las Personas Físicas (IRPF) a las Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales comprendidas en el Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, se considerarán extensivas a sus modificativas y concordantes.

A los efectos de las deducciones establecidas por el literal B) del artículo 38, Título 7 del Texto Ordenado 1996, a partir del 1º de julio de 2011, solamente se computarán los aportes a las cajas de auxilio o seguros convencionales realizados de conformidad con el régimen de aportación gradual al Fondo Nacional de Salud previsto en el artículo 24 de la presente ley.

Artículo 32.- Deróganse los artículos 42, 43, 44, 45, 46 y 47 del Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, y demás normas que se opongan a la presente ley.

Artículo 33.- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 29 de diciembre de 2010.

DANILO ASTORI,
Presidente.

HUGO RODRÍGUEZ FILIPPINI,
Secretario.

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, 7 de enero de 2011.

Cúmplase, acúsese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos, la Ley por la que se establece el cronograma de incorporación de nuevos beneficiarios al Seguro Nacional de Salud.

**JOSÉ MUJICA.
JORGE VÁZQUEZ
LUIS ALMAGRO
FERANANDO LORENZO
LUIS ROSADILLA
MARÍA SIMON
PABLO GENTA
EDGARDO ORTUÑO
NELSON LOUSTANAU
DANIEL OLESKER
DANIEL GARIN
HÉCTOR LESCANO
JORGE PATRONE
ANA MARÍA VIGNOLI.**
