

- SEGURO NACIONAL DE SALUD -

DECRETO DE 27/06/011

REGLAMENTARIO DE LA LEY N° 18.731 DE 07/01/011 Y LEY N° 18.732 DE 07/01/011

VISTO: lo dispuesto en las Leyes N° 18.731 de 7 de enero de 2011 y N° 18.732 de 7 de enero de 2011, respecto del ingreso de nuevos colectivos al Seguro Nacional de Salud, ajustes al régimen de contribuciones personales al Fondo Nacional de Salud, modificaciones al régimen de Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales de Enfermedad y continuidad del amparo de menores y mayores con discapacidad;

RESULTANDO: que es necesario reglamentar las normas referidas, para operativizar dichos ingresos, detallar la forma en que se deberán *realizar* los aportes personales al Fondo Nacional de Salud y explicitar derechos y deberes de los nuevos beneficiarios del Seguro Nacional de Salud;

CONSIDERANDO: I) que la Ley N° 18.731 determina el ingreso de jubilados y pensionistas, de profesionales universitarios y de trabajadores amparados por cajas de auxilio o seguros convencionales; establece ajustes en el régimen de contribuciones personales al Fondo Nacional de Salud, introduce modificaciones al régimen de cajas de auxilio o seguros convencionales de enfermedad y prevé la extensión del amparo del Seguro Nacional de Salud para menores de edad y mayores con discapacidad en caso de pérdida del derecho al mismo de quienes lo generan para ellos;

II) que la Ley N° 18.732 establece la incorporación al Seguro Nacional de Salud de los afiliados a la Caja Notarial de Seguridad Social, sin perjuicio de la subsistencia del Fondo Sistema Notarial de Salud a los efectos de brindar prestaciones complementarias a las de dicho seguro;

III) que ambas leyes avanzan en la concreción del principio rector del Sistema Nacional de Salud de cobertura universal de los habitantes residentes en el país; ATENTO: a lo precedentemente expuesto y a lo dispuesto por las Leyes Nros. 18.731 y 18.732;

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

Actuando en Consejo de Ministros

DECRETA:

CAPITULO I.

INGRESO DE NUEVOS COLECTIVOS AL SEGURO NACIONAL DE SALUD

Artículo 1°.- El Banco de Previsión Social controlará el cumplimiento de los requisitos exigidos para la incorporación de nuevos colectivos al Seguro Nacional de Salud de conformidad con lo dispuesto por las Leyes N° 18.731 de 7 de enero de 2011 y N° 18.732 de 7 de enero de 2011, y habilitará su ingreso al padrón de beneficiarios del mismo, de conformidad con las instrucciones de la Junta Nacional de Salud.

Artículo 2°.- La Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios, la Caja Notarial de Seguridad Social, la Caja de Jubilaciones y Pensiones Bancarias y las entidades aseguradoras que sirvan prestaciones de las incluidas en el Título IV de la Ley N° 16.713 de 3 de setiembre de 1995 proporcionarán al Banco de Previsión Social, en el tiempo y forma que este determine, los datos correspondientes a los jubilados y pensionistas a su cargo, incluyendo los montos de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares que dichas cajas les sirvan.

Asimismo, la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios, la Caja Notarial de Seguridad Social y la Dirección General Impositiva proporcionarán al Banco de Previsión Social los datos registrales de profesionales universitarios y otros activos afiliados a las mismas.

Artículo 3°.- Quienes, no siendo afiliados a la Caja Notarial de Seguridad Social, perciban de ella haberes pensionarios, ingresarán al Seguro Nacional de Salud en los plazos y condiciones establecidos por el Artículo 1° de la Ley N° 18.731. Cuando les corresponda realizarlos, dicha Caja retendrá sus aportes al Fondo Nacional de Salud y los vertirá al mismo, a través del Banco de Previsión Social.

Artículo 4°.- Las Cajas de Auxilio o seguros convencionales de enfermedad a que refiere el Artículo 23 de la Ley N° 18.731 proporcionarán al Banco de Previsión Social la nómina de jubilados amparados por las mismas. Ingresarán al Seguro Nacional de Salud en las condiciones establecidas por los Artículos 25 y 26 de la misma ley sólo aquellos cuya cobertura integral de salud fuera íntegramente financiada por la caja respectiva a la fecha de entrada en vigencia de la Ley N° 18.731. En caso contrario, su ingreso se regirá por lo dispuesto en el Artículo 1° de dicha Ley.

A los beneficiarios de las referidas cajas de auxilio o seguros convencionales de enfermedad que se jubilen a partir del 1° de julio de 2011 les serán aplicables los incisos primero y segundo del Artículo 62 de la Ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007 y concordantes. A partir de que se acojan al beneficio de la jubilación, cesará a su respecto la aplicación de lo dispuesto en el Inciso 5° del Artículo 24 de la Ley N° 18.731, debiendo realizar todos sus aportes personales para el Fondo Nacional de Salud.

Artículo 5°.- Para la identificación de los jubilados y pensionistas que ingresarán al Seguro Nacional de Salud de conformidad con lo dispuesto en los Numerales 1 y 2 del Artículo 1° de la Ley N° 18.731, se utilizará la información existente en el Registro Único de Cobertura Asistencial Formal (RUCAF) que administra el Ministerio de Salud Pública, la que será proporcionada por el mismo al Banco de Previsión Social en el tiempo y forma que convengan ambos organismos.

Artículo 6°.- A los efectos de la incorporación al Seguro Nacional de Salud de los jubilados y pensionistas a que refiere el numeral 1) del Artículo 1° de la Ley N° 18.731, se observarán las siguientes reglas:

- a) Se computará su edad a la fecha de entrada en vigencia de la Ley citada.
- b) Se computará su nivel de ingresos tomando en cuenta la suma de los montos nominales que en concepto de jubilaciones, pensiones y otras prestaciones de pasividad similares que generen derecho al amparo del Seguro Nacional de Salud, perciban al último día del mes inmediato anterior a la fecha de la efectiva incorporación a dicho seguro.

Artículo 7°.- El nivel de los ingresos que perciban los jubilados a que refiere el Numeral 3 del Artículo 1° de la Ley N° 18.731 se computará al último día del mes inmediato anterior a la fecha de su efectiva incorporación al Seguro Nacional de Salud, en la forma dispuesta por el literal b) del Artículo 6° del presente Decreto.

Artículo 8°.- La apreciación del nivel de ingresos de los jubilados y pensionistas a que refieren los numerales 1 y 3 del Artículo 1° de la Ley N° 18.731, se realizará por única vez al momento de su incorporación efectiva al Seguro Nacional de Salud, no perdiéndose la calidad de beneficiario si tales condiciones varían en el futuro.

Artículo 9°.- La renuncia al amparo del Seguro Nacional de Salud a que refiere el Inciso 4 del Artículo 3° del la Ley N° 18.731, deberá ser realizada personalmente o por poder debidamente otorgado, ante el Banco de Previsión Social por los jubilados y pensionistas incluidos en el numeral 2 del Artículo 1° de la misma Ley.

Dicha renuncia podrá efectivizarse en cualquier momento a partir de la fecha de entrada en vigencia del presente Decreto y adquirirá efectividad a partir del 1° de julio de 2012, pudiendo ser revocada por el beneficiario en la misma forma indicada en el Inciso anterior hasta el 30 de junio de 2012.

Si la renuncia se realizara a partir del 1° de julio de 2012, la obligación de aportar al Fondo Nacional de Salud cesará a partir del primer día del mes siguiente al de la recepción de la misma por el Banco de Previsión Social.

Cualquiera sea el momento en que se hubiere renunciado al amparo del Seguro Nacional de Salud, la reincorporación al mismo será obligatoria desde el 1° de julio de 2016.

Artículo 10°.- En el caso de hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o concubino a cargo, que perciban jubilaciones, pensiones o prestaciones de pasividad similares que les concedan el beneficio del Seguro Nacional de Salud, cesará a su respecto el amparo a que refiere el Artículo 64 de la Ley N° 18.211 a partir del primer día del mes siguiente a aquel en que se incorporen por derecho propio a dicho seguro. A partir del mismo momento también deberán aportar al Fondo Nacional de Salud sobre los referidos ingresos según lo disponen los Artículos 61° y 66° de la misma Ley y cesará la obligación del aporte complementario de sus generantes, excepto cuando en el mismo estuvieran incluidos otros beneficiarios.

Artículo 11°.- Los jubilados y pensionistas, que a la fecha de entrada en vigencia de la Ley N° 18.731 ya contaran con cobertura del Seguro Nacional de Salud como activos o como pasivos, con excepción de los jubilados que la hubieran obtenido al amparo de los Artículos 186 y 187 de la Ley N° 16.713 de 3 de setiembre de 1995 y del Artículo 63 de la Ley N° 18.211, a partir del mes siguiente al de la entrada en vigencia del presente Decreto deberán realizar los aportes al Fondo Nacional de Salud sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares que concedan el derecho al amparo de dicho seguro, según lo determina el Inciso 5 del Artículo 3° de la Ley N° 18.731.

Para los jubilados incorporados al Seguro Nacional de Salud al amparo de los Artículos 186 y 187 de la Ley N° 16.713 y del Artículo 63 de la Ley N° 18.211, lo establecido en el inciso anterior comenzará a regir a partir de que los comprendan las condiciones determinadas en los literales A, B, C, D y E del Numeral 1 del Artículo 1° de la Ley N° 18.731 y les dará derecho a incorporar al Seguro Nacional de Salud a sus hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los de su cónyuge o concubino a cargo. Respecto de los cónyuges o concubinos de estos beneficiarios será aplicable lo previsto en el Artículo 2° de la Ley N° 18.731.

Cada organismo de seguridad social tomará en cuenta la suma de los montos nominales de las jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares que sirva, y aplicará sobre ella los porcentajes de aportación previstos en los Artículos 61 y 66 de la Ley N° 18.211.

Artículo 12°.- El valor promedio de las cuotas de afiliación individual para las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva al mes de diciembre de 2010 se establece en \$ 1.150 (un mil ciento cincuenta pesos uruguayos) y se reajustará según lo establece al artículo 6° de la Ley N° 18.731. A los efectos de lo dispuesto en el inciso 2° del Artículo 3 de la Ley N° 18.731, a dicho valor deberá adicionársele el valor de la cuota del Fondo Nacional de Recursos.

Artículo 13°.- La determinación del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud previsto en el Inciso 3° del Artículo 55 de la Ley N° 18.211, en la redacción dada por el Artículo 9 de la Ley N° 18.731, tiene en cuenta el valor promedio intertemporal de las cuotas salud previstas en el Inciso 2° del referido

Artículo 55, el valor de la cuota del Fondo Nacional de Recursos y el costo de administración del referido seguro.

Se entiende por valor promedio intertemporal el valor promedio individual de las cuotas salud durante toda la vida del beneficiario del Seguro Nacional de Salud, y se determinará teniendo en cuenta los siguientes componentes:

- a) El valor promedio intertemporal del componente cápita de la cuota salud, teniendo en cuenta la estructura de cápitass según tramo de edad y sexo, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 26 del Decreto N° 2/008 de 8 de enero de 2008 y la expectativa de vida de la población.
- b) El valor del componente metas de la cuota salud.

El costo de administración del Seguro Nacional de Salud, a los efectos del cálculo del costo promedio equivalente para dicho seguro, se fija en 5% (cinco por ciento), porcentaje que se aplicará a la suma de la cuota del Fondo Nacional de Recursos y del valor promedio intertemporal de las cuotas salud definido en el inciso anterior del presente Artículo.

Teniendo en cuenta lo establecido en los incisos 1°, 2° y 3° del presente Artículo, el valor del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud para el mes de enero de 2011 se establece en \$ 1.348,23 (un mil trescientos cuarenta y ocho pesos uruguayos con veintitrés centésimos). Dicho valor se reajustará en las mismas oportunidades que determine el Poder Ejecutivo para las cuotas salud, teniendo en cuenta el porcentaje de aumento que el mismo autorice para el valor de las cápitass y del componente metas, así como también la variación que hubiese registrado el valor de la cuota del Fondo Nacional de Recursos.

Artículo 14°.- La movilidad de los jubilados y pensionistas incluidos en el Artículo 1° de la Ley N° 18.731 y la de las personas para quienes ellos generen el amparo del Seguro Nacional de Salud, entre prestadores que integren el mismo, observará las siguientes reglas:

- a) Los jubilados y pensionistas incluidos en el Numeral 1 del Artículo 1° de la Ley N° 18.731, dispondrán de 30 (treinta) días contados a partir de la fecha en que generen el derecho al amparo de dicho seguro para registrarse en el prestador que elijan entre los que hayan firmado con la Junta Nacional de Salud el anexo del contrato de gestión a que refiere el Artículo 7° de la Ley N° 18.731. De no elegir prestador en dicho plazo, el Banco de Previsión Social los registrará de oficio con carácter provisorio en la Administración de Servicios de Salud del Estado. El registro quedará firme cuando los beneficiarios manifiesten su voluntad de permanecer en dicho prestador o elijan otro, momento a partir del cual comenzará a contarse el plazo de 5 (cinco) años de permanencia obligatoria en un mismo prestador que establece el Inciso 1° del Artículo 8 de la Ley N° 18.731.

Si luego de haber elegido un seguro integral, el beneficiario decidiera trasladar su registro a la Administración de Servicios de Salud del Estado o a una institución de asistencia médica colectiva, el pago a estas entidades se regirá por lo dispuesto en el Inciso 1° del Artículo 4 de la Ley N° 18.731.

En todos los supuestos previstos en este literal, será de aplicación lo dispuesto en el Artículo 25 del Decreto N° 2/008.

En los casos en que se verifiquen cambios de prestador al amparo de lo dispuesto en los dos incisos anteriores, para el plazo de permanencia obligatoria de 5 (cinco) años en un mismo prestador se computarán los sucesivos períodos de registro en las instituciones referidas.

- b) Los jubilados y pensionistas incluidos en el Numeral 2 del Artículo 1° de la Ley N° 18.731, a partir del 1° de julio de 2012 deberán permanecer por 5 (cinco) años en el prestador privado en el que estaban registrados al 1° de diciembre de 2010.

En caso de que entre el 1° de diciembre de 2010 y el 1° de julio de 2012 hubieren cambiado de prestador y documentaran razones justificadas de continuidad asistencial en el último en el que

estuvieran registrados, la Junta Nacional de Salud podrá autorizar excepcionalmente • que continúen en el mismo durante los 5 (cinco) años de permanencia obligatoria que establece el inciso 2° del Artículo 8 de la Ley N° 18.731. En tal caso, el pago a este prestador se regirá por lo dispuesto en el Inciso 2° del Artículo 4 de la Ley N° 18.731.-Si el prestador en el que debieran permanecer registrados no hubiera firmado con la Junta Nacional de Salud el anexo del contrato de gestión a que refiere el Artículo 7 de la Ley N° 18.731, deberán registrarse en otro prestador que sí lo haya hecho en un plazo de 30 (treinta) días contados a partir del 1° de julio de 2012. De no elegir prestador en dicho plazo, se aplicará lo dispuesto en los Artículos 7 y 25 del Decreto N° 2/008 y en el Artículo 4 del Decreto N° 3/2011 de 5 de enero de 2011. En tal caso, el pago al prestador se regirá por lo dispuesto en el Inciso 1° del Artículo 4 de la Ley N° 18.731.

Quienes hubieran estado registrados o se registren en un seguro integral hasta el 30 de junio de 2016 podrán cambiarse a una Institución de Asistencia Médica Colectiva en los términos del Literal b del Inciso 2° del Artículo 25 del Decreto N° 2/008 o a la Administración de Servicios de Salud del Estado, en cuyo caso sus aportes al Fondo Nacional de Salud se regirán por lo dispuesto en el Inciso 2° del Artículo 3 de la Ley N° 18.731 y el pago a la entidad en la que se registren se regirá por lo dispuesto en el Inciso 1° o en inciso 2° del Artículo 4 de la misma Ley, según corresponda.

Quienes renuncien al amparo del Seguro Nacional de Salud en los términos del Inciso 4° del Artículo 3 de la Ley N° 18.731, podrán elegir prestador de conformidad con la reglamentación general aplicable a partir del 1° de julio de 2016.

- c) Los jubilados incluidos en el Numeral 3 del Artículo 1° de la Ley N° 18.731, elegirán prestador de conformidad con la reglamentación general aplicable al momento de su incorporación al Seguro Nacional de Salud.
- d) Los cónyuges y concubinos a que refiere el Artículo 2° de la Ley N° 18.731 elegirán prestador de conformidad con la reglamentación general aplicable a partir del 1° de julio de 2016.
- e) La elección de prestador para los hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o concubino a cargo, para quienes los respectivos jubilados y pensionistas generen el derecho al amparo del Seguro Nacional de Salud, se realizará de conformidad con la reglamentación general aplicable.

La obligación de permanecer 5 (cinco) años en un mismo prestador de las personas incluidas en los Literales a y b del Inciso anterior del presente Artículo, no obsta a la aplicación de las causales excepcionales de cambio de prestador habilitadas por la reglamentación general aplicable. En estos casos, al nuevo prestador se le pagará de acuerdo al Inciso 1° del Artículo 4 de la Ley N° 18.731.

Artículo 15.- A partir del 1° de julio de 2011, las personas amparadas por Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales de Enfermedad a que refiere el Artículo 23 de la Ley N° 18.731, los afiliados a la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios y a la Caja Notarial de Seguridad Social, que ya fueran beneficiarios del Seguro Nacional de Salud, podrán elegir prestador en el plazo de 30 (treinta) días contados a partir de la fecha en que generen el derecho al amparo de dicho seguro como integrantes de los referidos colectivos.

De no hacerlo en ese plazo, quedará firme su registro en el prestador en el que se encontraban al amparo del Seguro Nacional de Salud, sin perjuicio de la aplicación de lo dispuesto en el Artículo 25 del Decreto N° 2/008. Quienes no fueran beneficiarios del Seguro Nacional de Salud, deberán elegir prestador de conformidad con lo dispuesto en el Decreto N° 2/008 y en el Artículo 4 del Decreto N° 3/011.

CAPITULO II.
CONTRIBUCIONES AL FONDO NACIONAL DE SALUD
POR SERVICIOS PERSONALES
FUERA DE LA RELACIÓN DE DEPENDENCIA

Artículo 16°.- El aporte al Fondo Nacional de Salud a cargo de los sujetos prestadores de servicios personales fuera de la relación de dependencia, es una contribución especial de seguridad social de carácter personal y directo, que grava los ingresos anuales obtenidos por las personas físicas.

Artículo 17°.- El Banco de Previsión Social, en el ejercicio de sus cometidos de administración tributaria, administrará los aportes al Fondo Nacional de Salud correspondiente a los sujetos que obtengan ingresos originados en la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia.

La Dirección General Impositiva colaborará en la fiscalización de dichos aportes, debiendo comunicar en todos los casos al Banco de Previsión Social las diferencias detectadas en materia de ingresos, renta neta fiscal y, en general, todos aquellos aspectos que incidan en su determinación, así como cualquier incumplimiento en materia de pagos y obligaciones formales.

Artículo 18.- El Banco de Previsión Social establecerá las formalidades que deberán cumplir los sujetos a que refiere el Artículo 17 del presente Decreto, en lo referente a su incorporación al Seguro Nacional de Salud y al cumplimiento de sus obligaciones para con el Fondo Nacional de Salud.

Artículo 19.- El Banco de Previsión Social inscribirá, de oficio y con carácter provisorio, a los presuntos beneficiarios del Seguro Nacional de Salud, a partir de la información que al 30 de abril de 2011 hubiera recibido de la Caja Notarial de Seguridad Social, de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios y de la Dirección General Impositiva.

El Banco de Previsión Social pondrá dicha información a disposición de los sujetos a que refiere el inciso anterior, quienes deberán ratificarla o rectificarla antes del 30 de junio de 2011.

Deberán ratificar quienes se encuentren en el supuesto de Inciso 1° del Artículo 70 de la Ley N° 18.211, en la redacción dada por el Artículo 12 de la Ley N° 18.731.

También deberán ratificar la inscripción o inscribirse en el Banco de Previsión Social las personas físicas que al 1° de julio de 2011 se encontraran realizando actividad remunerada fuera de la relación de dependencia, con prescindencia de la efectiva percepción de los correspondientes ingresos.

Quienes no ratifiquen la información a que refiere el Inciso 2° del presente Artículo dentro del plazo establecido en el mismo, no tendrán acceso a los beneficios del Seguro Nacional de Salud hasta tanto se inscriban por los mecanismos referidos en los incisos siguientes, sin perjuicio de las obligaciones que eventualmente hubieren generado para con el Fondo Nacional de Salud.

Quienes inicien o reinicien la actividad a partir del 1° de mayo de 2011, así como quienes no hayan sido incluidos en lo dispuesto por el Inciso 1° del presente Artículo, tendrán plazo hasta el 30 de junio del mismo año para efectuar su inscripción en el Banco de Previsión Social.

A partir del 1° de julio de 2011 se registrarán por las normas generales de inscripción.

Los contribuyentes propietarios de empresas unipersonales registradas ante el Banco de Previsión Social, que presten total o parcialmente servicios personales fuera de la relación de dependencia, deberán adecuar su inscripción a efectos de ajustarse a las disposiciones contenidas en el Inciso 2° del Artículo 71 de la Ley N° 18.211 en la redacción dada por el Artículo 15 de la Ley N° 18.731. A tales efectos dispondrán de plazo hasta el 30 de junio de 2011. Las ratificaciones y las inscripciones o adecuaciones de las mismas que se realicen

fuera del plazo indicado, así como todo otro incumplimiento de las obligaciones formales generarán las sanciones que correspondan.

Artículo 20°.- Están incluidas en el régimen que se reglamenta en el presente Capítulo las personas físicas residentes que presten servicios personales fuera de la relación de dependencia, por sí o a través de las entidades comprendidas en el Artículo 7° del Título 7 del Texto Ordenado de 1996. A estos efectos, se consideran residentes fiscales en territorio nacional quienes estén incluidos en cualquiera de las circunstancias establecidas por el Artículo 6 del Título 7 del Texto Ordenado de 1996.

Artículo 21°.- Las tasas correspondientes a los aportes al Fondo Nacional de Salud, serán las previstas en el Inciso 7 del Artículo 61 y en el Artículo 66 de la Ley N° 18.211.

Artículo 22°.- Los sujetos incluidos en el régimen que se reglamenta en el presente Capítulo deberán realizar anticipos mensuales a cuenta de los aportes al Fondo Nacional de Salud, aplicando las tasas a que refiere el Artículo 21 del presente Decreto sobre las bases de cálculo que se detallan, según corresponda:

- a) 70% (setenta por ciento) sobre los ingresos mensuales correspondientes a servicios personales prestados fuera de la relación de dependencia, para los contribuyentes comprendidos en el Impuesto a la Renta de las Personas Físicas (IRPF).
- b) Relación entre la renta neta fiscal respecto de los ingresos gravados de cada ejercicio, multiplicada por los ingresos mensuales gravados, para los contribuyentes comprendidos en el Impuesto a la Renta de las Actividades Económicas (IRAE). Si a la fecha en que deba 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. En caso de no poder obtenerse la citada relación, sea por inicio de actividades o por pasar a quedar comprendido en el IRAE, el anticipo se determinará aplicando las tasas correspondientes sobre el 48% (cuarenta y ocho por ciento) de los ingresos gravados.

A los efectos de determinar el anticipo mensual, las entidades comprendidas en el Artículo 7 del Título 7 del Texto Ordenado 1996, que obtengan ingresos por la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, atribuirán mensualmente los referidos ingresos a sus socios o integrantes, según las normas o contratos aplicables a cada caso. Si la entidad liquidara el Impuesto a las Rentas de las Actividades Económicas (IRAE), la atribución se realizará aplicando a los ingresos mensuales la relación entre la renta neta fiscal y los ingresos gravados del ejercicio anterior; en caso de no poder obtenerse la citada relación, será de aplicación lo dispuesto en el Literal b del presente Artículo.

Artículo 23°.- A los efectos de determinar el anticipo mensual, los titulares de empresas unipersonales que además de percibir ingresos provenientes de la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, desarrollen otra actividad comprendida en el Literal a) del Artículo 2 de la Ley N° 18.131 de 18 de mayo de 2007, observarán las siguientes reglas:

- a) Por los ingresos provenientes de la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, aplicarán el régimen que se reglamenta en el presente Capítulo.
- b) Por los restantes ingresos aplicarán el régimen vigente al 30 de junio de 2011.

Artículo 24°.- Para los sujetos que perciban exclusivamente ingresos provenientes de la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, a la cifra mensual resultante de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 22 del presente Decreto, se le adicionará un complemento hasta cubrir la diferencia

con el costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud establecido en el Inciso tercero del Artículo 55 de la Ley N° 18.211, en la redacción dada por el Artículo 9 de la Ley N° 18.731. En los meses en que no se generen ingresos computables a estos efectos, y sin perjuicio de lo dispuesto en el Artículo siguiente del presente Decreto, deberán cubrir de forma íntegra el referido costo promedio equivalente.

Los montos efectivamente pagados de acuerdo a lo dispuesto en el inciso anterior, se imputarán a la cancelación del aporte anual.

Artículo 25°.- Los sujetos comprendidos en el Artículo 70 de la Ley N° 18.211, en la redacción dada por el Artículo 12 de la Ley N° 18.731, que estimen que los anticipos referidos en los Artículos 22 y 23 del presente Decreto excederán el monto referido en el Inciso 1° del Artículo 41 del presente Decreto, podrán efectuar dichos anticipos hasta el monto concurrente con el mismo. En tal caso, a partir del mes en que se cubra dicha cifra, tampoco corresponderá el pago mensual del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud a que refiere el Artículo 24 del presente Decreto.

Si por aplicación de lo dispuesto en el Inciso anterior, el monto referido en el Inciso 1° del Artículo 41 del presente Decreto, al cierre del ejercicio superase el monto total de los anticipos efectuados, las diferencias deberán ser abonadas con las multas y recargos correspondientes.

A los efectos de la estimación a que refiere el Inciso 1° del presente Artículo, se computarán los pagos ya efectuados por otras contribuciones personales al Fondo Nacional de Salud.

Artículo 26°.- El ejercicio fiscal comprenderá el año civil.

Artículo 27°.- El aporte referido en el artículo 16 del presente Decreto, se liquidará anualmente en forma individual al 31 de diciembre de cada año.

El Banco de Previsión Social establecerá la pertinencia, oportunidad y forma de presentación de la declaración jurada correspondiente.

Para el primer ejercicio de liquidación, los aportes se liquidarán computando las sumas mensuales que correspondan por aplicación de lo dispuesto en el Artículo 22 y en el literal a del Artículo 23 del presente Decreto, generadas a partir del 1° de julio de 2011.

Los aportes de quienes inicien actividad como prestadores de servicios personales fuera de la relación de dependencia con posterioridad a la entrada en vigencia de la Ley N° 18.731, se liquidarán computando los valores que correspondan de conformidad con lo dispuesto en el Artículos 22 y en el Literal a) del Artículo 23 del presente Decreto, a prorrata del período de actividad correspondiente al año civil en que ingresen.

Artículo 28°.- Los sujetos que obtengan exclusivamente ingresos por la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, que en el curso del ejercicio fiscal no superen las 30 BPC (treinta Bases de Prestaciones y Contribuciones), dejarán de recibir los beneficios del Seguro Nacional de Salud, cesando también sus obligaciones para con el Fondo Nacional de Salud, a partir del ejercicio siguiente.

A partir del momento en que superen la cifra referida, volverán a quedar comprendidos en los beneficios del Seguro Nacional de Salud, debiendo en tal caso realizar el aporte al Fondo Nacional de Salud tomando en consideración los ingresos acumulados desde el inicio del ejercicio fiscal en curso. A tales efectos, deberán efectuar la comunicación al Banco de Previsión Social en la forma y condiciones que este determine.

En el primer ejercicio de vigencia de la ley, que abarcará el período comprendido entre el 1° de julio y el 31 de diciembre de 2011, el referido tope ascenderá a 15 BPC (quince Bases de Prestaciones y Contribuciones).

Artículo 29°.- A los efectos de lo dispuesto en el presente Capítulo, la cotización de la BPC (Base de Prestaciones y Contribuciones) será la vigente al inicio del año civil.

CAPÍTULO III.
CAJAS DE AUXILIO
O SEGUROS CONVENCIONALES DE ENFERMEDAD

Artículo 30°.- Podrán constituirse Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales de Enfermedad por convenio colectivo entre un empleador, un grupo de empleadores, una organización o varias organizaciones representativas de empleadores, por una parte, y una o varias organizaciones representativas de los trabajadores, por otra.

Cuando exista más de una organización que se atribuya la legitimidad para negociar y no medie acuerdo entre ellas, la legitimación para negociar se reconoce a la organización más representativa, en atención a los criterios de antigüedad, continuidad, independencia y número de afiliados de la organización. En la negociación colectiva de empresa, cuando no exista organización de los trabajadores, la legitimación para negociar recaerá en la organización más representativa de nivel superior.

Deberán cumplirse los requisitos previstos en los Literales A a D del Artículo 41 del Decreto-Ley N° 14.407, en la redacción dada por el Artículo 17 de la Ley N° 18.731 de 7 de enero de 2011.

Artículo 31°.- 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.

Dicho estudio técnico será analizado por los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y de Economía y Finanzas, a efectos de evaluar si se acredita la viabilidad financiera requerida, con anterioridad a la resolución sobre la homologación del convenio que el Poder Ejecutivo deberá adoptar previo informe del Banco de Previsión Social, de acuerdo a lo establecido por el Artículo 41 del Decreto - Ley N° 14.407 de 22 julio de 1975, en la redacción dada por el Artículo 17 de la Ley N° 18.731 de 7 de enero de 2011.

Artículo 32°.- El convenio colectivo, una vez homologado por el Poder Ejecutivo, registrado ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y publicado en el Diario Oficial, será de aplicación obligatoria para todos los empleadores y trabajadores del nivel de negociación respectivo.

Artículo 33°.- Los órganos directivos de las Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales de Enfermedad, estarán integrados paritariamente por delegados patronales y de los trabajadores, cuyo número y procedimiento de elección será el establecido en sus respectivos Estatutos.

Estarán habilitados para participar en la elección, todos los trabajadores y empleadores alcanzados por el convenio colectivo constitutivo de la Caja de Auxilios o Seguro Convencional.

Artículo 34°.- Las Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales de Enfermedad sólo podrán dar cobertura de aquellas prestaciones sanitarias no cubiertas por el Seguro Nacional de Salud, así como servir subsidios por enfermedad o complementos de los subsidios que otorguen los Institutos de seguridad social para cubrir esa contingencia.

Las Cajas de Auxilios o Seguros Convencionales de Enfermedad existentes al momento de entrada en vigencia de la Ley N° 18.731, también podrán continuar sirviendo toda otra prestación que estuvieran brindando a esa fecha.

Artículo 35°.- Serán causas de disolución de las Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales de Enfermedad:

- a) las previstas en sus estatutos;

- b) el mutuo acuerdo de los sujetos celebrantes del convenio colectivo constituyente, o el convenio colectivo suscrito por una organización más representativa o de nivel superior;
- c) la inviabilidad financiera de la Caja de Auxilio o Seguro Convencional.

La denuncia o el vencimiento del convenio colectivo constitutivo de la Caja de Auxilio o Seguro Convencional no producirán la disolución, salvo que así se hubiera previsto expresamente por las partes.

Ocurridos los supuestos de disolución, el Poder Ejecutivo designará una comisión liquidadora.

A los efectos del Artículo 28 de la Ley N° 18.731, se entenderá por recursos existentes el activo líquido neto determinado por la comisión liquidadora, a la fecha de disolución de la Caja de Auxilio o Seguro Convencional de Enfermedad.

Artículo 36°.- Las Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales de Enfermedad enviarán al Banco de Previsión Social y al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, la Memoria Anual y Balance dentro de los treinta días siguientes a su aprobación. Asimismo, les elevarán trimestralmente un Estado de Ejecución Presupuestal.

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

Artículo 37°.- A los efectos de la acreditación del período mínimo de aportación al Fondo Nacional de Salud a que refiere el Artículo 30 de la Ley N° 18.731 para acceder al beneficio que el mismo establece, se computarán los aportes realizados por el o los generantes durante los 24 (veinticuatro) meses inmediatamente anteriores al cese de los mismos, por pérdida de su actividad laboral o por el término del subsidio por inactividad compensada.

Si el beneficiario cumple la mayoría de edad durante el usufructo del beneficio, cesará el mismo a partir del primer día del mes siguiente, en que se verifique dicha circunstancia.

Artículo 38°.- Quienes usufructúen el beneficio a que refiere el Artículo 30 de la Ley N° 18.731, permanecerán en el prestador en el que estaban registrados, sin perjuicio de la aplicación cuando corresponda de las reglas de movilidad general y por excepcionalidad vigentes.

En caso de que estuvieran registrados en un Seguro Integral, para continuar al amparo del Seguro Nacional de Salud en los términos de la disposición citada, deberán trasladar dicho registro a la Administración de Servicios de Salud del Estado o a la Institución de Asistencia Médica Colectiva a la que pertenecían antes de ingresar al Seguro Integral; si no hubieren estado registrados en ningún prestador, podrán elegir por sí o a través de quienes los representen, según corresponda, cualquiera de los prestadores que integran el Seguro Nacional de Salud, exceptuados los Seguros Integrales.

Artículo 39°.- Se entiende por pérdida de actividad del generante todo hecho que determine la cesación de su amparo en el Seguro Nacional de Salud, incluyendo el fallecimiento del mismo.

CAPITULO V. DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 40°.- La utilización de la información a que refieren los Artículos 2, 4 y 5 del presente Decreto, no requerirá del consentimiento previo del titular de los datos, por estar incluida en la excepción prevista por el Literal B del Inciso 3° del Artículo 9 de la Ley N° 18.331, de 11 de agosto de 2008.

Artículo 41°.- A los efectos de lo dispuesto en el inciso 10mo. del Artículo 61 y en el Inciso 7° del Artículo 70 de la Ley N° 18.211, en las redacciones dadas por los Artículos 11 y 12, respectivamente, de la Ley N° 18.731 y en el Inciso 6° del Artículo 3 de ésta última, se computarán para la liquidación que se realice al 31 de diciembre de cada año, las sumas mensuales del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud establecido en el Inciso 3° del Artículo 55 de la Ley N° 18.211, en la redacción dada por el Artículo 9 de la Ley N° 18.731, correspondiente al beneficiario y a quienes atribuya el mismo amparo de conformidad con lo dispuesto en los Artículos 64 y 66 de la Ley N° 18.211, incrementados en un 25% (veinticinco por ciento).

De la cifra resultante a que refiere el Inciso anterior, se deducirán los aportes personales realizados durante el año civil que se liquide por el beneficiario en su carácter de trabajador dependiente, propietario de empresa unipersonal comprendida en el Decreto-Ley N° 14.407, jubilado, pensionista y/o titular de prestaciones de pasividad similares, así como los anticipos de los mismos a que refieren los Artículos 22, 23 y 24 del presente Decreto que hubiere efectuado.

De surgir un excedente a favor del beneficiario, el mismo será devuelto en las formas y plazos que determine el Banco de Previsión Social, no más allá del ejercicio siguiente al de la liquidación de la que haya resultado.

A los efectos de la determinación de la devolución referida en el inciso anterior, no se tomarán en cuenta los aportes personales a las cajas de auxilio o seguros convencionales de enfermedad establecidos en el Inciso 5° del Artículo 24 de la Ley N° 18.731, ni los aportes personales al Fondo Sistema Notarial de Salud previstos en el Literal B del Artículo 3 de la Ley N° 18.732.

Artículo 42°.- A efectos de lo dispuesto en el Artículo 41 del presente Decreto, el cómputo del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud correspondiente a hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o concubino a cargo, se asignará en partes iguales entre los generantes que les atribuyan el amparo de dicho Seguro.

Artículo 43°.- Cuando un beneficiario del Seguro Nacional de Salud tenga la doble condición de activo y pasivo, prevalecerá la primera a los efectos de su registro en el padrón de amparados por dicho seguro, con las consecuencias que correspondan de acuerdo a las normas aplicables en materia de prestaciones a su respecto por parte del prestador del que sea usuario.

Artículo 44°.- Los trabajadores rurales dependientes que estuvieran amparados por el Seguro Nacional de Salud, mientras sean beneficiarios de la prestación por inactividad compensada, mantendrán dicho amparo en las mismas condiciones del periodo de actividad, incluidos los aportes al Fondo Nacional de Salud de acuerdo con la estructura de su núcleo familiar.

Artículo 45°.- Derógase el Artículo 3 del Decreto N° 211/001, de 8 de junio de 2001.

Artículo 46°.- Deróganse los Artículos 17 a 35 del Decreto N° 7/976 de 8 de enero de 1976.

Artículo 47°.- Comuníquese, publíquese.