

Ley N° 18211

CREACION DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Documento Actualizado

[Ver Imagen del D.O.](#)

Promulgación: 05/12/2007

Publicación: 13/12/2007

Registro Nacional de Leyes y Decretos:

Tomo: 2

Semestre: 2

Año: 2007

Página: 1369

Reglamentada por: Decreto N° 2/008 de 08/01/2008.

[Referencias a toda la norma](#)

CAPITULO I - DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1

La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 2

Compete al Ministerio de Salud Pública la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud que articulará a prestadores públicos y privados de atención integral a la salud determinados en el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005.

Dicho sistema asegurará el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículos: 5 y 77 (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 3

Son principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud:

- A) La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.
- B) La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.
- C) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.
- D) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- E) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista.
- F) La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.
- G) El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.
- H) La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios.
- I) La participación social de trabajadores y usuarios.
- J) La solidaridad en el financiamiento general.
- K) La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.
- L) La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 4

El Sistema Nacional Integrado de Salud tiene los siguientes objetivos:

- A) Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- B) Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.

- C) Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.
- D) Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.
- E) Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.
- F) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.
- G) Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.
- H) Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 5

A efectos de lo dispuesto en el artículo 2° de la presente ley, compete al Ministerio de Salud Pública:

- A) Elaborar las políticas y normas conforme a las cuales se organizará y funcionará el Sistema Nacional Integrado de Salud, y ejercer el contralor general de su observancia.
- B) Registrar y habilitar a los prestadores de servicios integrales de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y a los prestadores parciales con quienes contraten.
- C) Controlar la gestión sanitaria, contable y económico-financiera de las entidades, en los términos de las disposiciones aplicables.
- D) Fiscalizar la articulación entre prestadores en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- E) Aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población.
- F) Instrumentar y mantener actualizado un sistema nacional de información y vigilancia en salud.
- G) Regular y desarrollar políticas de tecnología médica y de medicamentos, y controlar su aplicación.

- H) Diseñar una política de promoción de salud que se desarrollará conforme a programas cuyas acciones llevarán a cabo los servicios de salud públicos y privados.
- I) Promover, en coordinación con otros organismos competentes, la investigación científica en salud y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.
- J) Las demás atribuciones que le otorga la presente ley, la Ley N° 9.202 "Orgánica de Salud Pública", de 12 de enero de 1934, y otras disposiciones aplicables.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículos: [14](#) y [77](#) (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 6

El Ministerio de Salud Pública creará un registro obligatorio de recursos de tecnología de diagnóstico y terapéutica de alto porte de los servicios de salud.

La reglamentación determinará los contenidos de la información que deban proporcionar las instituciones, su periodicidad y las sanciones en caso de incumplimiento. Toda nueva incorporación de tecnología deberá ser aprobada por el Ministerio de Salud Pública teniendo en cuenta la información científica disponible, la necesidad de su utilización y la racionalidad de su ubicación y funcionamiento.

(*) **Notas:**

Reglamentado por: Decreto N° [60/016](#) de 29/02/2016.

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

Artículo 7

La política nacional de medicamentos tendrá por objetivo promover su uso racional y sustentable. El Ministerio de Salud Pública aprobará un formulario terapéutico único de medicamentos que contemple los niveles de atención médica y establecerá la obligatoriedad de su prescripción por denominación común internacional según sus principios activos; racionalizará y optimizará los procesos de registro de medicamentos y fortalecerá las actividades de inspección y fiscalización de empresas farmacéuticas y la fármaco vigilancia.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

Referencias al artículo

Artículo 8

El control de la calidad integral de la atención en salud a cargo del Ministerio de Salud Pública tomará en cuenta el respeto a principios de la bioética y a los derechos humanos de los usuarios. Dicha modalidad será aplicable a la incorporación y uso de tecnologías y medicamentos.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

Artículo 9

El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con otros organismos competentes, promoverá y evaluará que el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos de las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud responda a los principios rectores del mismo.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

Artículo 10

El Ministerio de Salud Pública promoverá la armonización de los parámetros de calidad de los bienes, servicios y factores productivos del área de salud y los mecanismos de control sanitario de los Estados Parte del MERCOSUR, en el marco del proceso de integración regional.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

CAPITULO II - INTEGRACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 11

Podrán integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud:
A) Los servicios de salud a cargo de personas jurídicas públicas, estatales y no estatales.

B) Las entidades a que refiere el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículos: [14](#) y [77](#) (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 12

Para integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud es preceptivo que las entidades públicas y privadas cuenten con órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y usuarios. La reglamentación determinará la naturaleza y forma de los mismos, según el tipo de entidades de que se trate.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículos: [14](#), [53](#) y [77](#) (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 13

Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, además de sus órganos de gobierno, deberán contar con un Director Técnico como autoridad responsable ejecutiva en el plano técnico ante la propia entidad, la Junta Nacional de Salud que se crea en el artículo 23 de la presente ley y el Ministerio de Salud Pública.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículos: [14](#) y [77](#) (vigencia).

Artículo 14

Para autorizar como integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud a las entidades referidas en el artículo 11 de la presente ley, la Junta Nacional de Salud evaluará, además de los requisitos establecidos en el literal B) del artículo 5° y en los artículos 12 y 13 de la presente ley, su caudal de usuarios, los recursos humanos, la planta física, el equipamiento, los programas de atención a la salud, la tecnología, el funcionamiento organizacional y el estado económico-financiero, según criterios que fije la reglamentación.

La integración al Sistema Nacional Integrado de Salud tendrá carácter

funcional, no modificando la titularidad de las entidades ni su autonomía administrativa.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 15

La Junta Nacional de Salud suscribirá un contrato de gestión con cada uno de los prestadores que se integre al Sistema Nacional Integrado de Salud, con el objeto de facilitar el contralor del cumplimiento de las obligaciones que impone a éstos la presente ley. La reglamentación determinará el contenido de dichos contratos.

(*) **Notas:**

Reglamentado por:

Decreto N° 81/012 de 13/03/2012,

Decreto N° 464/008 **D** de 02/10/2008.

Ver en esta norma, artículos: [28](#) y [77](#) (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 16

Las entidades que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud ajustarán su actuación a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud Pública y quedarán sujetas a su contralor.

Cuando el Ministerio de Salud Pública, en el ejercicio de sus competencias y en observancia de los principios y objetivos rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud, detecte situaciones en materia de financiamiento de sus actividades o graves problemas de funcionamiento institucional que puedan comprometer en un corto o mediano plazo la continuidad de una entidad prestadora integral de salud, tanto a nivel asistencial como económico financiero, podrá designar uno o más funcionarios de la Junta Nacional de la Salud, (JUNASA) por un período de hasta seis meses, a los solos efectos de recabar información sobre todos los aspectos involucrados en la operativa de la misma. Dicho período se podrá prorrogar por un plazo de hasta seis meses. Los funcionarios actuantes elevarán un informe a las autoridades de la JUNASA en un plazo de diez días hábiles posteriores a recabar la referida información, y la JUNASA deberá comunicar el informe a la entidad prestadora integral de salud correspondiente en un plazo de diez días hábiles posteriores a su

recepción. (*)

La tarea de dichos funcionarios será sin costo para las instituciones prestadoras de salud. (*)

(*)Notas:

Incisos 2°) y 3°) **ver vigencia:** Ley N° 20.075 de 20/10/2022 artículo 5.
Incisos 2°) y 3°) **agregado/s por:** Ley N° 20.075 de 20/10/2022 artículo 295.

Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 17

Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán recabar, con fundamentos debidamente documentados, autorización del Ministerio de Salud Pública, quien oirá en todos los casos a la Junta Nacional de Salud, para:

- A) Crear, clausurar o suspender servicios de atención médica.
- B) Construir, reformar o ampliar plantas físicas destinadas a la atención médica,
- C) Adquirir, enajenar, ceder y constituir otros derechos reales sobre bienes inmuebles y equipos sanitarios.
- D) Crear, clausurar o suspender servicios no asistenciales. (*)
- E) Participar en cualquier forma en sociedades comerciales o no comerciales de la naturaleza jurídica que sean. (*)

En los casos de los literales D) y E) de este artículo, el Ministerio de Salud Pública tendrá para adoptar resolución un plazo de treinta días corridos, contados a partir de la solicitud de autorización que formule una entidad prestadora integral de salud, y vencido dicho plazo sin su pronunciamiento, se tendrá por aprobada. Dicho plazo podrá ser prorrogado por única vez por treinta días corridos. (*)

(*)Notas:

Literales D), E) e inciso final **ver vigencia:** Ley N° 20.075 de 20/10/2022 artículo 5.

Literales D), E) e inciso final **agregado/s por:** Ley N° 20.075 de 20/10/2022 artículo 294.

Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 18

Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud no podrán realizar afiliaciones de carácter vitalicio, sin perjuicio de respetar los derechos adquiridos al amparo de normativas anteriores a la presente ley. En estos casos, las prestaciones que supongan no darán derecho a la entidad al cobro de cuotas salud.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículos: [67](#) y [77](#) (vigencia).

Artículo 19

Las prestaciones incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública podrán requerir el pago de tasas moderadoras, que autorizará el Poder Ejecutivo, fijando también sus montos máximos. El Poder Ejecutivo promoverá la progresiva reducción del monto de las tasas moderadoras, priorizando las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la población.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 20

Los profesionales y entidades que presten servicios de salud podrán realizar publicidad mediante cualquier modalidad de difusión siempre que limiten las menciones a sus datos identificatorios, títulos que posean y especialidades que desarrollen, los que deberán estar debidamente registrados ante el Ministerio de Salud Pública.

Cuando dichos profesionales o entidades se propongan ampliar el alcance de su publicidad, deberán recabar previamente autorización al Ministerio de Salud Pública, en los términos de la reglamentación aplicable.

Las personas o entidades que infrinjan estas normas se harán pasibles de sanciones entre 30 UR (treinta unidades reajustables) y 500 UR (quinientas unidades reajustables) que aplicará el citado Ministerio, sin perjuicio de la inmediata suspensión de la publicidad que le será notificada a los responsables de los medios utilizados para su difusión. Si la orden no fuere efectivizada, a los medios se les aplicarán iguales sanciones económicas.

(*) **Notas:**

Reglamentado por:

Decreto N° 267/019 de 17/09/2019,

Decreto N° 272/011 de 01/08/2011.

Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 21

Las entidades de atención a la salud privadas que no se incorporen al Sistema Nacional Integrado de Salud podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación, siempre que hayan sido habilitadas a tal efecto por el Ministerio de Salud Pública y se sujeten a su control en lo sanitario.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).

Artículo 22

Los seguros integrales a que refiere el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005, podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación, siempre que hayan sido habilitados por el Ministerio de Salud Pública y se sujeten a su control en lo sanitario.

Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud que contraten con dichas entidades deberán comunicar su decisión a la Administración del Fondo Nacional de Salud.

Estos usuarios aportarán al Fondo Nacional de Salud creado por la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007, de acuerdo a lo dispuesto en el Capítulo VII de la presente ley y gozarán de los mismos derechos asistenciales que quienes se inscriban en los padrones de las demás entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

La Administración del Fondo Nacional de Salud pagará a los seguros integrales las cuotas salud que correspondan a dichos usuarios siempre que se cumplan acumulativamente los siguientes requisitos:

- 1) Que otorguen a los mismos las prestaciones incluidas en los programas integrales aprobados por el Ministerio de Salud Pública, sin perjuicio del régimen previsto en el inciso primero de este artículo, y
- 2) aporten al Ministerio de Salud Pública y a la Junta Nacional de Salud la información asistencial y económico-financiera que les sea requerida a efectos del contralor de sus obligaciones respecto a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud. En caso de incumplimiento de las mismas, será aplicable el régimen sancionatorio

previsto en el literal E) del artículo 28 de la presente ley. En ningún caso la Administración del Fondo Nacional de Salud pagará a los Seguros Integrales un monto superior a la suma de los aportes personales patronales y anticipos realizados por el contribuyente. En el caso de quienes obtengan ingresos originados en la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, se deberá mantener una cuenta corriente desde el inicio de cada año civil que compare, mes a mes y en forma acumulada, la referida suma con los pagos efectuados por el Fondo Nacional de Salud a los prestadores de salud y al Fondo Nacional de Recursos, correspondientes al beneficiario y a las personas a quienes este concede el amparo, de forma de asegurar el cumplimiento de lo dispuesto en el inciso que antecede. La reglamentación de la presente ley determinará la distribución del pago a los Seguros Integrales, considerando las cuotas salud y los aportes que deba transferir al Fondo Nacional de Recursos según la estructura del núcleo familiar del usuario. (*) Los seguros integrales verterán al Fondo Nacional de Salud el 6% (seis por ciento) de los ingresos recibidos del propio Fondo por concepto de costos de administración el que se destinará al financiamiento del Seguro Nacional de Salud.

(*) Notas:

*Inciso 5°) redacción dada por: Ley N° 18.922 de 06/07/2012 artículo 15.
Ver en esta norma, artículos: 60 y 77 (vigencia).*

TEXTO ORIGINAL: Ley N° 18.211 de 05/12/2007 artículo 22.

[Referencias al artículo](#)

CAPITULO III - JUNTA NACIONAL DE SALUD

Artículo 23

Créase la Junta Nacional de Salud como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública con los cometidos que le atribuye la presente ley.

(*) Notas:

Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 24

Son cometidos de la Junta Nacional de Salud:

- A) Administrar el Seguro Nacional de Salud que crea la presente ley, con arreglo a sus disposiciones y a la reglamentación respectiva.
- B) Velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud.

(*) **Notas:**

Reglamentado por: Decreto N° 47/010 de 01/02/2010.

Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 25

La Junta Nacional de Salud tendrá carácter honorario, sus miembros serán designados por el Poder Ejecutivo y estará compuesta por:

- A) Dos miembros representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales la presidirá.
- B) Un miembro representante del Ministerio de Economía y Finanzas.
- C) Un miembro representante del Banco de Previsión Social.
- D) Un miembro representante de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- E) Un miembro representante de los trabajadores de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- F) Un miembro representante de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud.

En todos los casos, por cada titular se designará un alterno.

Todos los integrantes de la Junta Nacional de Salud deberán formular una declaración jurada de bienes e ingresos a cualquier título, a la Junta Asesora en Materia Económico Financiera del Estado, de acuerdo con lo dispuesto por el Capítulo V de la Ley N° 17.060, de 23 de diciembre de 1998, en lo que resulte pertinente.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículos: 26 y 77 (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 26

La reglamentación de la presente ley determinará la forma de integración de los representantes sociales a que refieren los literales D), E) y F) del artículo 25 de la presente ley, garantizando mecanismos de selección democrática de los mismos. Su mandato tendrá una duración máxima de dos

años.

Los representantes de prestadores y trabajadores que se integren a la primera Junta serán propuestos por sus organizaciones representativas.

(*) **Notas:**

Reglamentado por:

Decreto N° 113/015 de 23/04/2015,

Decreto N° 283/008 de 09/06/2008.

Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 27

La Junta Nacional de Salud contará con Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales, que se integrarán en la forma que determine la reglamentación de la presente ley, observando que en los mismos estén representados los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, sus trabajadores y sus usuarios.

Estos Consejos tendrán funciones de asesoramiento, proposición y evaluación en sus respectivas jurisdicciones, pero sus informes y propuestas no tendrán carácter vinculante.

(*) **Notas:**

Reglamentado por:

Decreto N° 315/020 de 24/11/2020,

*Decreto N° 237/011 **D** de 07/07/2011.*

Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).

Artículo 28

Compete a la Junta Nacional de Salud:

- A) Suscribir con los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud los contratos de gestión a que refiere el artículo 15 de la presente ley.
- B) Aplicar los mecanismos de financiamiento de la atención integral a la salud que corresponda a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y fiscalizar la efectiva integración de los aportes al Fondo Nacional de Salud que se determinan en el Capítulo VII de la presente ley.
- C) Disponer el pago de cuotas salud a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, de acuerdo a sus padrones de usuarios y previa verificación del cumplimiento de las obligaciones a su cargo.

- D) Controlar las relaciones entre los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y entre éstos y terceros.
- E) Disponer la observación así como las sanciones de suspensión temporal o definitiva, total o parcial, del pago de cuotas de salud en caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo de los prestadores. Las sanciones serán por incumplimientos menores, mayores o graves, lo que será reglamentado por el Poder Ejecutivo. Cuando la suspensión sea definitiva, o cuando se trate de suspensión temporal relativa a sanción por incumplimiento mayor o grave, las mismas se determinarán por acto administrativo firme. (*)
- F) Elaborar el proyecto de su reglamento interno de funcionamiento que elevará al Poder Ejecutivo para su aprobación, dentro de los ciento ochenta días de su constitución.
- G) Las demás que le asigne la presente ley.

(*) **Notas:**

Literal E) **redacción dada por:** Ley N° 19.278 de 19/09/2014 artículo 1.
Ver en esta norma, artículos: 41 y 77 (vigencia).

TEXTO ORIGINAL: Ley N° 18.211 de 05/12/2007 artículo 28.

[Referencias al artículo](#)

Artículo 29

Compete al Presidente de la Junta Nacional de Salud:

- A) Presidir sus sesiones y ejercer la Dirección General de la unidad ejecutora "Junta Nacional de Salud". (*)
- B) Ejecutar las resoluciones de la Junta.
- C) Adoptar las medidas urgentes que entienda necesarias para el cumplimiento de los cometidos de la Junta Nacional de Salud, dando cuenta de ellas a la misma en la primera sesión posterior y estando a lo que ésta resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en el ejercicio de esta potestad será necesario el voto de por lo menos cinco de los miembros de la Junta. Mientras no se integren a él los representantes sociales, a estos efectos se requerirá el voto de tres de sus miembros.
- D) Representar al organismo y suscribir todos los actos, contratos y convenios en que intervenga el mismo.
- E) Las demás tareas que le sean encargadas por la Junta.

(*) **Notas:**

Literal A) **redacción dada por:** Ley N° 19.355 de 19/12/2015 artículo 450.

Literal A) **ver vigencia:** Ley N° 19.355 de 19/12/2015 artículo 3.

Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).

TEXTO ORIGINAL: Ley N° 18.211 de 05/12/2007 artículo 29.

Artículo 30

Para sesionar, el Directorio de la Junta Nacional de Salud requerirá la presencia de cuatro de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos de integrantes del cuerpo.

En caso de empate el voto del Presidente del Directorio se computará doble.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).

Artículo 31

Créase dentro del Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública" el Programa "Administración del Seguro Nacional de Salud" dentro del cual se constituye la Junta Nacional de Salud como su unidad ejecutora.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).

Ver Ley N° 19.924 de 18/12/2020 artículo 399 (modifica denominación: "Junta Nacional de Salud" por la de "Dirección General del Sistema Nacional de Salud").

Artículo 32

Facúltase al Poder Ejecutivo, a propuesta del Ministerio de Salud Pública, a adecuar sus programas y redistribuir los créditos presupuestales a los efectos de atender los costos de funcionamiento de la Junta Nacional de Salud.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).

Artículo 33

La Junta Nacional de Salud deberá elevar al Poder Ejecutivo, al 31 de mayo de cada año, una rendición de cuentas de la administración del Seguro

Nacional de Salud. (*)

Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud publicarán anualmente los estados de situación y balance de resultados de su gestión. Estas entidades deberán poseer sistemas de información contable ajustados a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes y proporcionar a la Junta Nacional de Salud toda la documentación que ésta le solicite.

(*) **Notas:**

Inciso 1°) redacción dada por: Ley N° 19.438 de 14/10/2016 artículo 84.

Inciso 1°) ver vigencia: Ley N° 19.438 de 14/10/2016 artículo 2.

Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).

TEXTO ORIGINAL: Ley N° 18.211 de 05/12/2007 artículo 33.

CAPITULO IV - RED DE ATENCION EN SALUD

Artículo 34

El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).

Artículo 35

La Junta Nacional de Salud, de acuerdo a las normas que dicte el Ministerio de Salud Pública, establecerá y asegurará los mecanismos de referencia y contra referencia entre los distintos niveles de atención.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 36

El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con

adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

Artículo 37

El segundo nivel de atención está constituido por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico, en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia, hospitalización de día o de carácter crónico. Está orientado a satisfacer necesidades de baja, mediana o alta complejidad con recursos humanos, tecnológicos e infraestructura de diversos niveles de complejidad. En él se asientan la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

Artículo 38

El tercer nivel de atención está destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

Artículo 39

La Junta Nacional de Salud fomentará el establecimiento de redes de atención en salud. Las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud podrán coordinar acciones dentro de un marco

territorial definido, para brindar una adecuada asistencia y racionalizar los recursos.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

Artículo 40

Las redes territoriales de atención en salud, podrán articular su labor con los centros educativos en cada zona así como con las políticas sociales existentes y el conjunto de las políticas dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población, desarrollando una perspectiva intersectorial.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

Artículo 41

Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud podrán contratar entre sí y con terceros las prestaciones incluidas en los programas integrales de atención a la salud que apruebe el Ministerio de Salud Pública.

Dichos contratos deberán ser sometidos a la autorización de la Junta Nacional de Salud, la que controlará todo lo referente a la habilitación de los prestadores y su infraestructura, capacidad asistencial, relación entre el volumen de prestaciones a contratar y el número de usuarios del prestador contratante, plazos de los contratos y la estabilidad de las condiciones de relacionamiento.

La Junta Nacional de Salud verificará que las entidades contratantes no mantengan deudas vencidas con quienes pretenden contratar, en cuyo caso deberán cancelarlas o refinanciarlas antes de la firma de un nuevo contrato.

Si la Junta Nacional de Salud no formula observaciones ni deniega la autorización dentro de los treinta días de presentada la solicitud, el respectivo contrato se considerará autorizado.

En situaciones de caso fortuito, fuerza mayor y otras razones de urgencia, los prestadores podrán contratar notificando de inmediato a la Junta Nacional de Salud. Ésta concederá un plazo prudencial para la presentación de la documentación contractual y acreditante de las circunstancias excepcionales que motivaron la contratación. En caso de incumplimiento, se

aplicará el régimen sancionatorio previsto en el literal E) del artículo 28 de la presente ley.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículos: [42](#), [43](#) y [77](#) (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 42

Las farmacias registradas y habilitadas por el Ministerio de Salud Pública podrán dispensar medicamentos a los usuarios de los prestadores de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, en los términos de los contratos que celebren con los mismos.

A dichos contratos les será aplicable, en lo que corresponda, lo dispuesto en el artículo 41 de la presente ley.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículos: [43](#) y [77](#) (vigencia).

Artículo 43

Los precios de referencia para las contrataciones a que refieren los artículos 41 y 42 de la presente ley, podrán ser determinados por el Poder Ejecutivo.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

Artículo 44

Es incompatible el ejercicio de la dirección y el gerenciamiento de las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud que demanden servicios a terceros con la provisión de los mismos, salvo cuando se formalicen alianzas estratégicas entre prestadores o cuando uno de ellos asuma el gerenciamiento del otro. En ambos casos se requerirá autorización de la Junta Nacional de Salud.

La incompatibilidad incluye a las personas que ejerzan la función, sus socios, cónyuges o concubinos, ascendientes y descendientes hasta el segundo grado de consanguinidad.

Los contratos que se formalicen violando esta disposición serán nulos a partir del momento en que se verifique dicha incompatibilidad.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

CAPITULO V - COBERTURA DE ATENCION MEDICA

Artículo 45

Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán suministrar a su población usuaria los programas integrales de prestaciones que apruebe el Ministerio de Salud Pública, con recursos propios o contratados con otros prestadores integrales o parciales públicos o privados.

Los programas integrales de prestaciones incluirán:

- A) Actividades de promoción y protección de salud dirigidas a las personas.
- B) Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud-enfermedad detectados.
- C) Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda.
- D) Acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes.

La reglamentación de la presente ley definirá taxativamente las prestaciones incluidas, que serán descriptas en términos de sus componentes y contarán con indicadores de calidad de los procesos y resultados, conforme a los cuales la Junta Nacional de Salud auditará la atención brindada a los efectos de autorizar el pago de cuota salud a los prestadores.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículos: [51](#) y [77](#) (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 46

Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán ofrecer a su población usuaria prestaciones de emergencia médica incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública. La reglamentación definirá las modalidades y fecha de aplicación de esta disposición.

La afiliación a las entidades prestadoras de los referidos servicios de emergencia se realizará, por parte de los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud, entre aquéllas que se encuentren habilitadas por el Ministerio de Salud Pública para la prestación establecida en el inciso

precedente y acepten las condiciones correspondientes.

El Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio de Economía y Finanzas, oyendo a la Junta Nacional de Salud, fijará el importe que las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud abonarán a los prestadores de los servicios de referencia, así como los plazos en que el mismo deberá ser vertido.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 47

Las prestaciones no incluidas en los programas integrales de observancia obligatoria, que ofrezcan a sus usuarios las instituciones que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, serán convenidas entre prestadores y usuarios, en régimen de libre contratación. Cuando se trate de prestaciones sanitarias, el Ministerio de Salud Pública las controlará en sus aspectos técnicos.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 48

Las prestaciones económicas correspondientes a enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y otras contingencias relacionadas con la salud, continuarán siendo brindadas por los organismos públicos y las entidades privadas competentes, de conformidad con las disposiciones en vigor. Los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud realizarán, para sus respectivos usuarios, las pericias técnicas que correspondan.

Los servicios complementarios de asistencia médica a que refiere el literal A) del artículo 7° del Decreto N° 7/976, de 8 de enero de 1976, que abona el Banco de Previsión Social, alcanzan exclusivamente a las personas comprendidas en el artículo 8° del decreto-ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, modificado por el artículo 1° de la Ley N° 15.953, de 6 de junio de 1988, incluidas en el literal A) del artículo 2° de la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

CAPITULO VI - USUARIOS DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Artículo 49

Son usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud todas las personas que residan en el territorio nacional y se registren en forma espontánea o a solicitud de la Junta Nacional de Salud, en una de las entidades prestadoras de servicios de salud que lo integren. La reglamentación de la presente ley establecerá los términos y condiciones de dicho registro.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 50

La elección de prestador es libre. Una vez formalizado el registro ante una de las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, podrá modificarse en los términos que fije la reglamentación. No se admitirá la doble cobertura de atención médica integral a cargo del Sistema, debiendo los usuarios optar por una de las que eventualmente les correspondiera. (*)

(*) **Notas:**

Reglamentado por:

*Decreto N° [114/023](#) de 30/03/2023,
Decreto N° [3/011](#) de 05/01/2011,
Decreto N° [14/010](#) de 18/01/2010,
Decreto N° [177/009](#) **D** de 20/04/2009,
Decreto N° [65/009](#) de 29/01/2009.*

Ver en esta norma, artículos: [64](#) y [77](#) (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 51

Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tienen los siguientes derechos respecto de los prestadores integrados al mismo:
A) A recibir información completa y actualizada sobre los servicios a que pueden acceder y sobre los requisitos para hacer uso de los mismos.

- B) A recibir, en igualdad de condiciones, las prestaciones incluidas en los programas integrales a que refiere el artículo 45 de la presente ley.
- C) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.
- D) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en las entidades que presten servicio de salud, sin perjuicio del requerimiento fundado de la Junta Nacional de Salud, del Ministerio de Salud Pública y del Fondo Nacional de Recursos cuando se trate de actos médicos financiados por el mismo, siempre conservándose la condición de confidencialidad respecto a terceras personas.
- E) A conocer los resultados asistenciales y económico-financieros de la entidad.
- F) A recibir información sobre las políticas de salud y los programas de atención integral que se implementen en el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- G) Los demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 52

Son obligaciones de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud:

- A) Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones a que tienen derecho.
- B) Dar cumplimiento a las formalidades que se requieran para acceder a los servicios de salud.
- C) Respetar los estatutos de las entidades prestadoras de servicios.
- D) Cumplir con las disposiciones de naturaleza sanitaria de observancia general y con las específicas que determinen las entidades prestadoras cuando estén utilizando sus servicios.
- E) Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las mismas.
- F) Las demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables.

El incumplimiento de las obligaciones antes referidas acarreará las consecuencias previstas en los estatutos de las entidades prestadoras.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 53

Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tendrán el derecho a participar en los órganos a que refiere el artículo 12 de la presente ley, en los términos que determine su reglamentación.

(*) Notas:

Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).

Artículo 54

La Junta Nacional de Salud podrá establecer un sistema de recepción de quejas y denuncias de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, así como mecanismos de solución de diferendos entre éstos y los prestadores, sin perjuicio de los recursos administrativos y judiciales correspondientes.

(*) Notas:

Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).

CAPITULO VII - FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

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. (*)

(*) **Notas:**

Redacción dada por: Ley N° 18.731 de 07/01/2011 artículo 9.

Reglamentado por:

Decreto N° 149/012 de 08/05/2012,

Decreto N° 221/011 de 27/06/2011.

Ver en esta norma, artículos: 61, 70 y 77 (vigencia).

TEXTO ORIGINAL: Ley N° 18.211 de 05/12/2007 artículo 55.

[Referencias al artículo](#)

Artículo 56

La Administración de los Servicios de Salud del Estado adecuará las prestaciones de salud a las exigidas a las restantes entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, en forma progresiva, no pudiendo exceder este período de adecuación el 31 de diciembre de 2009.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).

Artículo 57

Créase el Seguro Nacional de Salud, el que será financiado por el Fondo Nacional de Salud creado por el artículo 1° de la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007, con cargo al cual se pagarán las cuotas salud que correspondan a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

El Fondo Nacional de Salud se constituirá en el Banco de Previsión Social de conformidad con lo dispuesto por el artículo 1° de la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007. Ello sin perjuicio de las competencias de la Junta Nacional de Salud como administradora del Seguro Nacional de Salud y consiguientemente titular y destinataria del Fondo que constituye su

patrimonio.

El Banco de Previsión Social recepcionará los aportes a que refieren los artículos siguientes de la presente ley y efectivizará el pago de cuota salud a los prestadores, de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud.

En el ejercicio de los cometidos de administración tributaria a que refiere el inciso segundo, el Banco de Previsión Social actuará como sujeto activo de las contribuciones especiales de seguridad social que constituyen los recursos del Fondo conforme lo dispuesto por el artículo 60 de la presente ley.

En dicha calidad estará plenamente facultado para el cumplimiento integral de los procesos y procedimientos sustanciales implicados en la gestión tributaria de tales aportes incluyendo recaudación, fiscalización, determinación tributaria, agotamiento de la vía administrativa, defensa contencioso anulatoria y gestión coactiva.

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. (*)

(*) Notas:

*Inciso 6°) agregado/s por: Ley N° 18.731 de 07/01/2011 artículo 10.
Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).*

[Referencias al artículo](#)

Artículo 58

Los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud no podrán rechazar a ningún usuario amparado por el Seguro Nacional de Salud ni limitarle las prestaciones incluidas en los programas integrales de salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública.

(*) Notas:

Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 59

(*)

(*) Notas:

Derogado/s por: Ley N° 19.438 de 14/10/2016 artículo 130.

Inciso 2°) derogado anteriormente por: Ley N° 19.355 de 19/12/2015 artículo 601.

TEXTO ORIGINAL: Ley N° 18.211 de 05/12/2007 artículo 59.

Artículo 60

Serán recursos del Fondo Nacional de Salud el ciento por ciento de los provenientes de:

- A) Aportes obligatorios de trabajadores y empresas del sector privado.
- B) Aportes obligatorios de los trabajadores del sector público incorporados al Seguro Nacional de Salud.
- C) Aportes del Estado y de las personas públicas no estatales sobre la masa salarial que abonen a sus dependientes incorporados al Seguro Nacional de Salud.
- D) Aportes obligatorios de pasivos.
- E) Aportes obligatorios de personas físicas que no queden incluidas en los literales anteriores.
- F) El porcentaje previsto en el artículo 22 de la presente ley.
- G) Otros que pudieran corresponderle por aplicación de disposiciones legales o reglamentarias.
- H) Las rentas generadas por sus activos, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Autorízase al Poder Ejecutivo en acuerdo con el Ministerio de Economía y Finanzas a atender las insuficiencias financieras del Fondo Nacional de Salud debidamente justificadas.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 61

El Estado, las personas públicas no estatales y las empresas privadas aportarán al Fondo Nacional de Salud un 5% (cinco por ciento) del total de las retribuciones sujetas a montepío que paguen a sus trabajadores amparados por el Seguro Nacional de Salud y los complementos de cuota salud que correspondan por aplicación del artículo 337 y siguientes de la Ley N° 16.320, de 1° de noviembre de 1992, y sus modificativas, manteniéndose -a los efectos de este artículo- las exoneraciones previstas en los literales A) y B) del artículo 90 de la Ley N° 18.083, de 27 de diciembre de 2006.

Los aportes patronales básicos y complementarios a que refiere el inciso

anterior se aplicarán respecto de todos los colectivos incorporados al Seguro Nacional de Salud por la presente ley y por la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007, en los plazos que las mismas establecen.

Las empresas rurales comprendidas en la Ley N° 15.852, de 24 de diciembre de 1986, seguirán aportando en base a la superficie explotada en un todo de acuerdo a dicha norma.

Los patronos y empresas unipersonales rurales mantendrán el régimen de aportaciones previsto en las Leyes N° 16.320, de 1° de noviembre de 1992, y N° 16.883, de 10 de noviembre de 1997.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, los unipersonales rurales optantes por la cobertura de salud bonificada de conformidad con la Ley N° 16.883, de 10 de noviembre de 1997, aportarán los siguientes porcentajes del valor de la cuota mutual determinada de acuerdo a lo previsto por el artículo 337 de la Ley N° 16.320, de 1° 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. (*)

Los empresarios unipersonales rurales y los empresarios unipersonales monotributistas mantendrán el carácter opcional de su afiliación al Seguro de Salud, conforme con las disposiciones legales vigentes (Ley N° 16.883, de 10 de noviembre de 1997, y Ley N° 18.083, de 27 de diciembre de 2006).

Los trabajadores públicos y privados aportarán un porcentaje de sus retribuciones dentro de las que se computarán los aportes ya previstos en el decreto-ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, y en la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007, de acuerdo al siguiente detalle:

- A) 6% (seis por ciento) si las retribuciones superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales y tienen a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.
- B) 4,5% (cuatro con cinco por ciento) si las retribuciones superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales y no tienen a cargo hijos menores de 18 años ni mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.
- C) 3% (tres por ciento) si las retribuciones no superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales, con independencia de que tengan o no a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.

Para el caso de los trabajadores públicos y otros dependientes del Estado, incorporados al Seguro Nacional de Salud por aplicación del artículo 2° de la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007, regirá lo dispuesto por el artículo 4° de la misma ley, debiendo aportar un porcentaje adicional de sus retribuciones cuando sus ingresos superen 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales, de acuerdo al siguiente detalle:

- A) 3% (tres por ciento) si tienen a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino.
- B) 1,5% (uno con cinco por ciento) si no tienen a cargo hijos menores de 18 años ni mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino.

No se considerará hijo a cargo, a los efectos de esta ley, cuando el menor de 18 años o mayor de esa edad con discapacidad genere por sí mismo el derecho a integrarse como trabajador al Seguro Nacional de Salud.

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 suscriptos de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 18.566, de 11 de setiembre de 2009, los contribuyentes podrán destinar dicho excedente, en forma total o parcial, al financiamiento de las cajas de auxilio o seguros convencionales, en los términos previstos en dicho convenio. (*)

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

Lo dispuesto en los dos incisos anteriores del presente artículo regirá a partir del 1° de enero de 2011. (*)

(*) Notas:

Inciso 5°) **redacción dada por:** Ley N° 18.731 de 07/01/2011 artículo 16.
Incisos 10), 11) y 12) **agregado/s por:** Ley N° 18.731 de 07/01/2011 artículo 11.

Reglamentado por:

Decreto N° 149/012 de 08/05/2012,

Decreto N° 221/011 de 27/06/2011.

Ver en esta norma, artículos: 62, 64, 67, 70, 71, 74 y 77 (vigencia).

Ver: Ley N° 18.922 de 06/07/2012 artículos 3 (interpretativo) y 4 (interpretativo).

TEXTO ORIGINAL: Ley N° 18.211 de 05/12/2007 artículo 61.

[Referencias al artículo](#)

Artículo 62

Los trabajadores dependientes y no dependientes incorporados al Seguro Nacional de Salud que se acojan al beneficio de la jubilación, continuarán amparados por el mismo y realizando los aportes sobre el total de haberes jubilatorios por los cuales se jubila, determinados en los artículos 61 y 66 de la presente ley, según corresponda a la estructura de su núcleo familiar.

El usufructo del derecho previsto en el inciso anterior será optativo para quienes justifiquen el acceso, por otros medios, a cobertura de salud de un nivel similar a la que brinda el Sistema Nacional Integrado de Salud, no quedando exonerados de realizar los aportes correspondientes.

Se consideran usuarios del Seguro Nacional de Salud creado por la presente ley, los trabajadores que cumplen un mínimo de trece jornadas de trabajo en el mes o perciben el equivalente a 1,25 veces de la Base de Prestaciones y Contribuciones. No obstante lo dispuesto precedentemente, los patronos que asuman la financiación patronal complementaria a que refiere el artículo 61 de la presente ley, podrán atribuir la respectiva condición de usuario del seguro al trabajador, cualquiera fuera el tiempo de trabajo o su nivel de ingreso.

(*) Notas:

Ver en esta norma, artículos: 64, 66 y 77 (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 63

Los jubilados que se desempeñaron como no dependientes en actividades amparadas por el Banco de Previsión Social, cuyo haber jubilatorio total no supere la suma de 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales y que además integren hogares donde el promedio de ingresos por todo concepto, por integrante no supere la suma de 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales podrán optar por ingresar en el Seguro Nacional de Salud aportando un 3% (tres por ciento) de su pasividad a partir del 1° de enero de 2008.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 64

Los aportes a que hacen referencia los artículos 61, 62, 70 y 71 de la presente ley darán derecho a los hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino a cargo de los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud, a recibir atención integral en salud a través de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Los asegurados mencionados en el inciso primero podrán optar por incluir a sus hijos desde los 18 y hasta cumplir los 21 años de edad, amparándolos por el Seguro Nacional de Salud, aportando al Fondo Nacional de Salud el valor de la cuota salud y la correspondiente al Fondo Nacional de Recursos. La reglamentación establecerá las condiciones de pago de esta opción.

Los padres elegirán para ellos el prestador público o privado que estimen conveniente, en acuerdo con el artículo 50 de la presente ley e independientemente de aquél al que ellos estén incorporados. En caso de fallecimiento de los progenitores o de disolución de la pareja parental por separación o divorcio, realizará la elección de la entidad quien, teniendo la condición de trabajador o pasivo amparado por el Seguro Nacional de Salud, tenga la guarda. Para los que estén sujetos a tutela o curatela, los tutores o curadores que tengan la condición de trabajadores o pasivos amparados por el Seguro Nacional de Salud elegirán la entidad atendiendo a las necesidades particulares de los mismos.

El concepto de hijo a cargo y los derechos que la presente ley otorga a los concubinos y a sus hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad se aplicarán en los términos de la reglamentación que dicte el Poder Ejecutivo.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 65

Todas las personas que dejen de cumplir las condiciones para ampararse en el Seguro Nacional de Salud podrán optar por continuar inscriptos en los padrones de los mismos prestadores, pagando directamente por los servicios

de atención integral de salud que reciban, no pudiendo ser rechazados por ellos.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 66

Los trabajadores públicos y privados y las personas amparadas por el Seguro Nacional de Salud a que refieren los artículos 62, 70 y 71 de la presente ley que tengan cónyuge o concubino a cargo, aportarán un 2% (dos por ciento) adicional de sus retribuciones para incorporar a los mismos a dicho seguro, lo que les dará derecho a recibir atención integral en salud a través de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

La incorporación de cónyuges y concubinos y el inicio del aporte previsto en el inciso precedente se realizarán teniendo en cuenta el número de hijos menores a cargo, de acuerdo al siguiente cronograma:

Antes del 31 de diciembre de 2010: cónyuge o concubino del aportante con 3 o más hijos menores de 18 años a cargo.

Antes del 31 de diciembre de 2011: cónyuge o concubino del aportante con 2 hijos menores de 18 años a cargo.

Antes del 31 de diciembre de 2012: cónyuge o concubino del aportante con 1 hijo menor de 18 años a cargo.

Antes del 31 de diciembre de 2013: cónyuge o concubino del aportante sin hijos menores de 18 años a cargo.

(*) **Notas:**

Reglamentado por:

Decreto N° 407/011 de 28/11/2011,

Decreto N° 318/010 de 26/10/2010.

Ver en esta norma, artículos: [67](#), [70](#), [71](#), [74](#) y [77](#) (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 67

Estarán exceptuados de realizar los aportes determinados en el artículo 61 de la presente ley, las personas a que se refiere el artículo 18 de la presente ley, en tanto permanezcan en la misma entidad. Si tuvieren a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino, aportarán el 3% (tres por ciento) de sus retribuciones. De tener cónyuge o concubino a cargo,

aportarán 2% (dos por ciento) de sus retribuciones, de acuerdo al cronograma previsto en el artículo 66 de la presente ley.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 68

Quedarán incorporados al Seguro Nacional de Salud a partir del 1° de enero de 2008 -además de los comprendidos en lo dispuesto en el artículo 2° de la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007- los funcionarios del Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública", del Inciso 16 "Poder Judicial", del Inciso 25 "Administración Nacional de Educación Pública", del Inciso 26 "Universidad de la República", del Inciso "Administración de los Servicios de Salud del Estado", del Poder Legislativo, incluyendo a los legisladores, y los funcionarios de los organismos públicos nacionales, con excepción del Inciso 03 "Ministerio de Defensa Nacional" e Inciso 04 "Ministerio del Interior". Asimismo, quedarán incorporados a partir de dicha fecha, los beneficiarios del subsidio transitorio por incapacidad parcial establecido en el artículo 22 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995.

Los créditos presupuestales habilitados a la Administración Central y a los organismos del artículo 220 de la Constitución de la República, para financiar regímenes propios de cobertura médica a quienes resulten beneficiarios del Seguro Nacional de Salud por aplicación del inciso precedente, financiarán los aportes establecidos en la presente ley, de acuerdo a lo que determine la reglamentación.

Los funcionarios públicos y otros dependientes del Estado que tengan regímenes propios de cobertura médica aprobados por ley o aun por normas que no sean leyes, los mantendrán hasta que los mismos sean modificados por las autoridades competentes.

Lo dispuesto en el inciso anterior no exonera a los mismos de aportar al Fondo Nacional de Salud, según corresponda por aplicación de las disposiciones de la presente ley.

(*) **Notas:**

Reglamentado por: Decreto N° [176/008](#) de 25/03/2008.

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 69

Los trabajadores comprendidos en el régimen de Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales que funcionen al amparo del artículo 41 del decreto-ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, así como los afiliados a la Caja Notarial de Seguridad Social a que refieren los literales B), C), D) y E) del artículo 43 de la Ley N° 17.437, de 20 de diciembre de 2001, y los amparados en lo dispuesto por los artículos 337 a 342 de la Ley N° 13.318, de 28 de diciembre de 1964, y sus modificativas (CHASSFOSE), que aseguren a sus beneficiarios cobertura integral de salud en un nivel no inferior al establecido por la presente ley, se incorporarán al Seguro Nacional de Salud no más allá del 1° de enero de 2011. Hasta el momento de su incorporación al Seguro Nacional de Salud, dichas entidades continuarán recibiendo los aportes y rigiéndose por las disposiciones legales y reglamentarias que les son aplicables.

Facúltase al Poder Ejecutivo a dar el mismo tratamiento a los trabajadores que cuenten con regímenes acordados con los empleadores privados mediante convenios colectivos o acuerdos similares que hayan estado vigentes al menos desde un año antes de la promulgación de la presente ley.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

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 N° 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 con 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, o que obteniendo otros ingresos estos no les generen cobertura del Seguro Nacional de Salud, se les adicionará a los anticipos resultantes 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 1° de julio de 2011, y se realizará en la forma que determine la reglamentación. (*)

(*) Notas:

Redacción dada por: Ley N° 18.731 de 07/01/2011 artículo 12.

Inciso 8°) redacción dada por: Ley N° 18.922 de 06/07/2012 artículo 2.

Ver en esta norma, artículos: 71 y 77 (vigencia).

Ver: Ley N° 18.922 de 06/07/2012 artículos 3 (interpretativo) y 4 (interpretativo).

TEXTO ORIGINAL:

Ley N° 18.731 de 07/01/2011 artículo 12,

Ley N° 18.211 de 05/12/2007 artículo 70.

[Referencias al artículo](#)

Artículo 71

Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, a partir de la vigencia de la presente ley los propietarios de empresas unipersonales con actividades comprendidas en el Decreto-Ley N° 14.407, 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 1° de julio de 2011, y realizarán solamente los aportes personales y patronales al Fondo Nacional de Salud, aplicando las tasas establecidas en los artículos 61 y 66 de la presente ley, sobre un ficto

de 6,5 BPC (seis con cinco bases de prestaciones y contribuciones). Para el caso de los propietarios de empresas unipersonales referidos en el inciso anterior, que presten total o parcialmente servicios personales fuera de la relación de dependencia, el régimen establecido en el presente artículo regirá hasta el 30 de junio de 2011, por la parte correspondiente a dichos servicios; a partir del 1° 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. (*)

(*) **Notas:**

Redacción dada por: Ley N° 18.731 de 07/01/2011 artículo 15.

Reglamentado por:

Decreto N° 149/012 de 08/05/2012,

Decreto N° 221/011 de 27/06/2011.

Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).

TEXTO ORIGINAL: Ley N° 18.211 de 05/12/2007 artículo 71.

[Referencias al artículo](#)

Artículo 72

Facúltase al Poder Ejecutivo a postergar las fechas de ingreso establecidas en la presente ley, siempre que fuera necesario para asegurar la sostenibilidad de las cuentas públicas. El Poder Ejecutivo deberá informar de ello al Poder Legislativo con una antelación mínima de ciento veinte días previos al 1° de enero de cada uno de dichos años.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: 77 (vigencia).

Artículo 73

El Fondo Nacional de Recursos mantendrá su autonomía administrativa en los términos de la Ley N° 16.343, de 24 de diciembre de 1992, y demás disposiciones aplicables. Los aportes a que refieren los literales A), B) y C) del artículo 3° de la Ley N° 16.343, de 24 de diciembre de 1992, serán sustituidos por una cuota única por cada beneficiario del Seguro Nacional de Salud que la Junta Nacional de Salud le reembolsará.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

Artículo 74

Facúltase al Poder Ejecutivo a incluir en el régimen de la presente ley a los funcionarios de los Gobiernos Departamentales, quienes realizarán los aportes previstos en los artículos 61 y 66 de la presente ley.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

CAPITULO VIII - DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 75

Los beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud no incluidos en el régimen de la presente ley seguirán abonando directamente a sus respectivos prestadores por los servicios de salud que reciban.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

Artículo 76

Hasta la instalación de la Junta Nacional de Salud, las funciones que se le atribuyen a la misma serán ejercidas por el Ministerio de Salud Pública y el Banco de Previsión Social, según corresponda.

Facúltase al Poder Ejecutivo a dictar las normas reglamentarias necesarias que viabilicen la transición hacia el sistema que regirá a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

(*) **Notas:**

Ver en esta norma, artículo: [77](#) (vigencia).

[Referencias al artículo](#)

Artículo 77

La presente ley regirá a partir del 1° de enero de 2008.

TABARE VAZQUEZ - DAISY TOURNE - REINALDO GARGANO - DANILO ASTORI - AZUCENA BERRUTTI - FELIPE MICHELINI - VICTOR ROSSI - MARTIN PONCE DE LEON - EDUARDO

BONOMI - MARIA JULIA MUÑOZ - JOSE MUJICA - HECTOR LESCANO - MARIANO ARANA -
MARINA ARISMENDI

[Ayuda](#)